

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Rui André Freitas de Sousa

Inclusão pela saúde no Vale do Ave e projeto e-RESATER



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Rui André Freitas de Sousa

Inclusão pela saúde no Vale do Ave e projeto e-RESATER

Relatório de Estágio

Mestrado em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Ana Paula Marques

Nome: Rui André Freitas de Sousa

Endereço eletrónico: ruiandresousa18@gmail.com

Contacto móvel: 967686100

Nº de cartão de cidadão: 13285635

Título da dissertação: Inclusão pela saúde no Vale do Ave e projeto e-RESATER

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Marques

Designação do Mestrado: Mestrado Interuniversitário em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial

Ano de conclusão: 2014

É autorizada a reprodução parcial deste relatório, mediante comunicação dos Serviços de Documentação da Universidade do Minho e declaração escrita do interessado que a tal se compromete.

Universidade do Minho, 31 de julho 2014

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Brandão (EEG), Professora Ermelinda Lopes (EEG) e Helena Guimarães (EEG).

À ADRAVE S.A. por me receberem em contexto de estágio, nomeadamente à Doutora Paula Peixoto (ADRAVE S.A.) pela orientação técnico-profissional, Exmo. Sr. Joaquim Lima (administrador delegado) e restante equipa de colaboradores da ADRAVE S.A.

À ENGENHO (Associação de Desenvolvimento Local do Vale do Este), ACB - Associação Moradores das Lameiras e Centro de Convívio do Município de Vila Nova de Famalicão.

À Professora Doutora Ana Paula Marques, pela orientação académica, acompanhamento e sugestões relevantes e ao Professor Victor Rodrigues, pela orientação que proporcionou, especialmente nas intervenções acerca do tema de estudo e análise estatística e, por fim, pela flexibilidade, a ambos, um agradecimento especial,

À Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, Instituto de Ciências Sociais, Serviços de Documentação Europeia da Universidade do Minho, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Biblioteca do Instituto Nacional de Saúde.

Gratidão aos meus amigos Romeu, Rocha, Luís, Tiago, Mário, Jorge, Bruno, Maurício, Filipe, Admaier, Hugo, Elisabete, Cristina e Bárbara pelos momentos de companheirismo, amizade e partilha.

À minha família, aos meus pais, por tornarem possível a conclusão deste ciclo de estudos, às minhas irmãs e irmãos.

A todas as pessoas com que me cruzei pelo caminho e direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho.

Resumindo, a todos sem exceção, um enorme Obrigado, por me apoiarem e motivarem para a concretização de mais um objetivo.

Resumo

O Relatório que se segue, resulta da experiência de estágio na ADRAVE - agência de desenvolvimento regional do Vale do Ave S.A., e, nesse sentido, retrata as principais atividades desenvolvidas ao longo da experiência profissionalizante, nomeadamente o estudo "Inclusão pela saúde no Vale do Ave e projeto e-Resater".

O estudo ambiciona responder a domínios fundamentais inerentes ao envelhecimento da população idosa, as suas perceções de saúde, qualidade de vida, participação na sociedade e associativismo, qualidade das respostas institucionais, entre outros domínios complementares.

Pretende-se dotar a ADRAVE de informação que permita uma compreensão clara sobre os desafios e potencialidades inerentes à população idosa, em contexto rural e urbano.

Elaborou-se um enquadramento que compreende o tema de estudo em articulação com as unidades curriculares frequentadas ao longo do mestrado em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial, abordou-se igualmente a Política Europeia de Saúde. A base teórica do estudo inspirou-se em abordagens teóricas do envelhecimento ativo e no potencial do modelo de envelhecimento ativo da OMS.

Como parte integrante do tema de estudo, referenciou-se igualmente o envelhecimento na perspetiva da idade e representações sociais, por fim, o envelhecimento populacional global e europeu.

Como desfecho, apresentam-se as considerações finais sobre a informação recolhida.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional, autoperceção de saúde, envelhecimento ativo, saúde

Abstract

The report that follows results of the internship experience in ADRAVE - Regional Development Agency - Vale Ave SA, and, accordingly, depicts the main activities developed along the professional experience, including the study "Inclusion by Health in Vale do Ave and project e-Resater".

The study aims to answer fundamental domains in the aging of the elderly population, their perceptions of health, quality of life, participation in society and associations, quality of institutional responses, and other complementary fields.

It is intended to provide ADRAVE with information that will enable a clear understanding of the challenges and opportunities inherent to elderly population in rural and urban context.

A framework was elaborated to understand the subject of study in conjunction with the courses attended during the Master in Community Policies and Territorial Cooperation, it was also addressed the European Health Policy, the theoretical basis of the study drew on theoretical approaches of active aging and, in the potential of the active aging WHO model.

As part of the study, it was also been referenced aging from the perspective of age and social representations, finally, global and european aging population.

As an outcome, it presents the final considerations on the information collected.

Key-words: aging population, self-reported health, active ageing, activities

Índice

Agradecimentos	III
Resumo.....	V
Abstract	VII
CAPÍTULO I.....	15
1.1 Introdução.....	17
1.2 Apresentação da Instituição de Acolhimento	18
1.3 Enquadramento da experiência de estágio: principais atividades e notas de reflexão crítica	21
1.4 Introdução à temática de estudo no âmbito do estágio.....	23
1.5 Objetivos do projeto	24
CAPÍTULO II.....	27
2.1 Temática de estudo e articulação com o mestrado em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial	29
2.2 Política Europeia de Saúde - Inclusão pela saúde no vale do Ave e projeto e-RESATER ...	30
CAPÍTULO III	33
3.1 Envelhecimento, idade e representações	35
3.2 Envelhecimento populacional global e europeu - desafios e oportunidades.....	37
3.3 Abordagens teóricas ao envelhecimento Ativo.....	39
3.4 Envelhecimento Ativo: contexto político, conceito e potencial.....	41
CAPÍTULO IV	47
4.1 Objetivos do estudo.....	49
4.2 Metodologia.....	49
4.3 Instrumento de recolha de dados.....	50
4.4. Amostra e tipo de amostra	50
4.5. Caracterização da amostra	51
4.6 Informação complementar - índices demográficos	65
4.7 Análise dos resultados	67
4.8 Considerações finais.....	70
Bibliografia por ordem alfabética	71
Anexos	73

Lista de figuras, tabelas e sectorgramas

Figura 1 - Organigrama da Instituição de acolhimento	19
Figura 2 - Estrutura documental	20
Figura 3 - Matriz de processos	20
Tabela 1 - Unidades Curriculares, projeto e-Resater e temática de estudo	29
Tabela 2 - Tipo de suporte social e avaliação	58
Tabela 3 - Presença familiar, amigos e vizinhança	63
Tabela 4 - População idosa, local de residência e faixas etárias	65
Tabela 5 - Índice de envelhecimento da população	65
Tabela 6 - Índice de dependência dos idosos	66
Tabela 7 - Índice de longevidade	66
Tabela 8 - Índice de dependência total	67
Sectograma 1 - Distribuição dos inquiridos por faixa etária	51
Sectograma 2 - Distribuição por género	51
Sectograma 3 - Estado civil	52
Sectograma 4 - Educação	52
Sectograma 5 - Tipologia de reforma	53
Sectograma 6 - Autoperceção de saúde	53
Sectograma 7 - Autoperceção de qualidade de vida	54
Sectograma 8 - Orientação cronológica	54
Sectograma 9 - Cálculo (subtrações sequenciais)	55
Sectograma 10 - Atenção e memória	56
Sectograma 11 - Qualidade técnica do centro de saúde	56
Sectograma 12 - Qualidade técnica da unidade hospitalar	57
Sectograma 13 - Participação em atividades do município para os Sêniors	57
Sectograma 14 - Suporte extra e perfil cuidador	59
Sectograma 15 - Frequência de sensação nervosa	59
Sectograma 16 - Frequência de sensação depressiva	60
Sectograma 17 - Frequência de sensação de tranquilidade	60
Sectograma 18 - Frequência de sensação de tristeza	61
Sectograma 19 - Frequência de sentimentos de felicidade	61

Sectograma 20 - Perceção de segurança	62
Sectograma 21 - IMC	63
Sectograma 22 - Principais atividades diárias	64

Lista de Siglas

ADRAVE - Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave S.A.

QCA - Quadro Comunitário de Apoio

QREN - Quadro de Referência Estratégico Nacional

EFQM - European Foundation for Quality Management

SUDOE - espaço Sudoeste Europeu (composto por regiões espanholas, francesas, portuguesas e britânicas - Gibraltar)

UE - União Europeia

COM - Comissão Europeia

CONSELHO - Conselho da União Europeia

OMS - Organização Mundial de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

CHAFEA - Agência Executiva dos Consumidores, Saúde e Alimentação

POCTSE - Programa Operacional de Cooperação Territorial do Sudoeste Europeu

*"Idosos saudáveis são um recurso para as suas famílias,
comunidades e para a economia".*

Alexandre Kalache

CAPÍTULO I

Introdução

Estágio

Reflexão crítica

Tema de estudo e estágio

1.1 Introdução

No âmbito da finalização do Mestrado Interuniversitário em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial, optei pela modalidade de Estágio e Relatório de estágio. Essa opção prendeu-se com o interesse do numa primeira experiência profissional, em contexto institucional e organizacional dentro da área de estudos que frequenta atualmente.

A instituição de acolhimento é a ADRAVE - Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave S.A., localizada em Vila Nova de Famalicão. O estágio em instituição, decorreu no âmbito da implementação em Portugal, do Projeto e-Resater - Projeto de Cooperação Territorial no espaço Sudoeste Europeu, no domínio da inovação em serviços de eSaúde e eInclusão. Nesse sentido, o estudo a desenvolver incidiu sobre o tema: *"Inclusão pela saúde no Vale do Ave e projeto e-Resater - autoperceção de saúde dos idosos"*. É fundamental conhecer melhor a população idosa e descrever as suas aspirações em termos de atividades quotidianas, para intervir com eficácia na sua autoperceção de saúde, enquanto fonte de bem-estar bio-psico-social e motor de procura do consumo e de bens de cuidados de saúde.

Acredita-se na utilidade deste estudo, uma vez que se insere no âmbito do envelhecimento ativo, o qual se quer participativo de forma a promover ambientes e atividades salutogénicos que possam melhorar a autoperceção do estado de saúde de populações cada vez mais envelhecidas.

A autoperceção do estado de saúde corresponde a uma visão subjetiva da saúde que pode gerar patologias mentais e mesmo físicas associadas a princípios de hipervigilância, gerenciadores de angústia e de fatores de consumos abusivos de fármacos ou de outras fontes de dependência.

Posteriormente à definição do tema de estudo, planificaram-se as atividades a realizar, em conjunto com a orientação técnico-científica da Dra. Paula Peixoto e da Professora Ana Paula Marques.

Sucintamente, as atividades corresponderam à preparação da investigação: leitura de bibliografia temática, definição do instrumento de recolha de dados, planificação da recolha dos dados, tratamento e análise dos dados obtidos e conclusões.

Outras atividades complementares respeitaram a ações de cariz institucional interno (organização de dossiers) e externo (apoio na organização de eventos por parte da ADRAVE S.A.)

É importante notar que o contexto do Relatório de Estágio que se apresenta, compõe-se de algumas particularidades, decorrentes do âmbito e objetivos do estágio na instituição - ADRAVE.

1.2 Apresentação da Instituição de Acolhimento

História: A ADRAVE– Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave, S.A. criada a 15 de Setembro de 1998, como uma plataforma de cooperação entre os sectores público e privado em prol do desenvolvimento de um espaço regional (NUT III - Ave). A ADRAVE está qualificada como ADR - Agência de Desenvolvimento Regional, de acordo com o Decreto-lei nº 88/99, de 19 de Março que define o estatuto das agências de desenvolvimento regional (ADR).

Missão e objetivos: Em conformidade com os seus Estatutos, a instituição tem como missão promover a modernização de base económica, social e cultural do Vale do Ave, através da elaboração de estudos e do desenvolvimento de projetos, assumindo simultaneamente, o papel de agente dinamizador e incentivador de novas atividades na região.

As ações institucionais destinam-se a contribuir para a introdução de fatores de correção no tecido social e económico da região do Vale do Ave, assumindo simultaneamente o papel de agente dinamizador e incentivador de novas iniciativas.

Objetivos específicos:

Celebrar Contratos – Programa com o Governo Português, com a Comissão Europeia e outros organismos, para a gestão de fundos comunitários;

Fomentar e apoiar a criação de Microempresas de serviços de proximidade local, na área social, cultural e económica;

- Promover a imagem da Região, nacional e internacionalmente, revelando as suas potencialidades e incentivando ao investimento;

- Fomentar e apoiar a criação de novas empresas que contribuam para o desenvolvimento da região;

- Incentivar a modernização do tecido industrial e empresarial da região, através de ações de valorização e formação dos seus recursos humanos e da modernização e inovação das suas atividades;

- Atuar como entidade geradora de consensos e aproximação de interesses com vista ao desenvolvimento e implementação de projetos de qualquer tipo que contribuam para a modernização do Vale do Ave;

- Promover uma sociedade qualificada e escolarizada, através do aumento da qualificação escolar e profissional, de forma a dar resposta às necessidades evidenciadas pelo tecido empresarial, contribuindo para o aumento da competitividade regional da sociedade e para a realização pessoal e profissional das pessoas;
- Atuar junto das instituições, em parceria, contribuindo para a qualificação do território como forma de promover o investimento na região e a competitividade. Dando cumprimento aos objetivos específicos institucionais, a atividade desenvolvida ao longo destes últimos anos tem-nos permitido reforçar o posicionamento e destacar as áreas de serviços da agência: desenvolvimento económico, qualificação dos recursos humanos, e marketing territorial.

Evolução institucional: A evolução da instituição coincidiu com a fase final de implementação do Quadro Comunitário de Apoio II, passando por todo o período de execução do QCA III. Mais recentemente, integrou a definição de uma estratégia de desenvolvimento da região do Vale do Ave, enquadrada nos objetivos do QREN (Quadro de Referência Estratégico Nacional) 2007-2013.

Organigrama

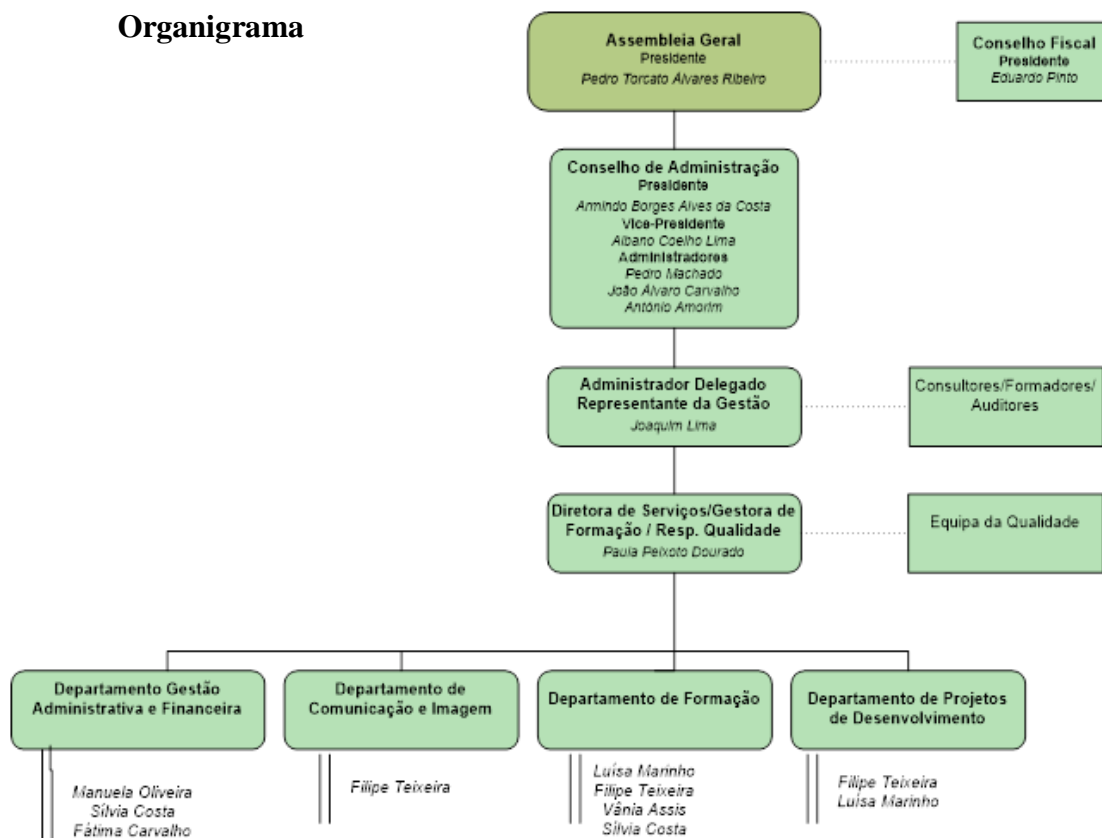


figura 1

Sistema de gestão de qualidade

Âmbito do sistema de gestão de qualidade

O Sistema da Qualidade aplica-se às atividades desenvolvidas pela ADRAVE, no âmbito dos Projetos de Desenvolvimento; Realização de Ações de Formação Intra, Inter e Social; Organização, Promoção e Realização de Eventos; Modernização Organizacional.

Estrutura documental



figura 2

Matriz de processos

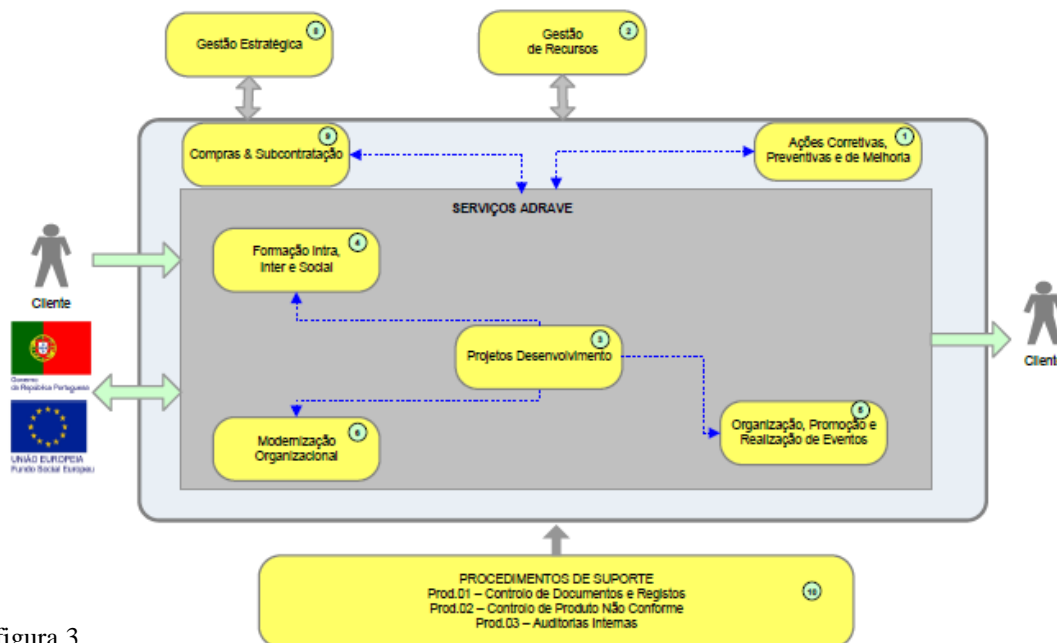


figura 3

Projetos concluídos e em curso de natureza regional e transnacional:

- Rota do Património Industrial (Vale do Ave)

Inclusão pela saúde no Vale do Ave e projeto e-RESATER

- Projeto Âncora da Estratégia de Eficiência Coletiva MINHO IN
- Minho Empreende - Projeto ITERA.A - Inovação Rural e Alimentação
- Atlas do Investimento no Vale do Ave
- INTERREG II A:CONSOLIDA (Junho 2005); CASTRENOR - Cultura Castreja no Noroeste Peninsular (Junho 2005)
- Programa Leonardo da Vinci: Hotel Job Euro Profile; E-Vocabulary
- Programa Cultura 2000: Câmara Ácicon Project
- Programa Transnacional Área Atlântica: AT Cluster (Dezembro 201)
- INTERREG III B SUDOE: AGROINTEC (Dezembro 2005); PORTEDEJO (Dezembro 2005); GASTRA (Junho 2007) PORTEDEJO II (em curso)
- Comissão Europeia: ATC 4 Excellence - Promoting Excellence of Cluster Management (em curso)
- Projeto e-Resater, projeto de Cooperação Territorial em inovação em serviços de eSaúde e inclusão social (em curso)

1.3 Enquadramento da experiência de estágio: principais atividades e notas de reflexão crítica

Em contexto de estágio, desenvolveram-se duas atividades principais, a saber:

- A primeira correspondeu à componente teórica do estudo a desenvolver, através da análise de um amplo conjunto de matérias, incluindo toda a bibliografia: livros, artigos, publicações oficiais, boletins, entre outros. Dessa atividade, surgiu a articulação entre as matérias aprendidas ao longo da frequência do mestrado e o âmbito do estágio na ADRAVE S.A.;

- A segunda atividade, consistiu na elaboração do estudo “Inclusão pela saúde no Vale do Ave e e-Resater”. O trabalho prévio contemplou a definição da metodologia de estudo, elaboração do instrumento de recolha de dados e posterior *trabalho de campo*, aplicação do instrumento aos utentes das instituições Engenho, Associação Moradores das Lameiras e Centro de Convívio de Vila Nova de Famalicão.

Como atividades complementares internas, colaborei na organização de dossiers e respetiva arrumação, ao nível externo, participei em eventos organizados pela ADRAVE S.A., nomeadamente, prestando auxílio na receção aos convidados.

Reflexão

A interação com a orientadora técnico-profissional Dra. Paula Peixoto, diretora de serviços da ADRAVE S.A foi bastante enriquecedora e profícua. Ao nível externo, a colaboração com as profissionais das instituições Engenho IPSS, ACB - Associação de Moradores das Lameiras e Centro de Convívio do município de Vila Nova de Famalicão, constituíram igualmente aspetos de relevo para o crescimento profissional do estagiário.

O estágio permitiu a interação com profissionais de diferentes áreas de formação académica (turismo, relações internacionais, área empresarial), possibilitou igualmente, compreender o modelo de funcionamento institucional, as funções dos colaboradores que compõem a equipa de trabalho e as principais ações desenvolvidas dentro do quadro dinâmicas institucionais.

Previamente ao estudo no terreno e visando uma colaboração imprescindível, encetaram-se contactos exploratórios entre a instituição ADRAVE S.A. e a parceira institucional Engenho IPSS - situada na freguesia de Arnoso - Santa Maria, concelho de Vila Nova de Famalicão, de forma averiguar a possibilidade de cooperação no estudo.

Os utentes da Engenho IPSS são idosos a usufruírem do serviço de centro de dia, apoio ao domicílio e teleassistência e nesse sentido, constituíram parte do público-alvo do estudo apresentado posteriormente neste relatório.

Após a autorização para a aplicação dos questionários, no dia 3 de Abril iniciou-se o processo de recolha de dados em contexto institucional - centro de dia e no exterior - habitações dos idosos que usufruem do serviço de apoio ao domicílio e do serviço de teleassistência.

O estagiário foi bem recebido dentro das dinâmicas organizacionais da instituição e usufruiu do acesso a informação sobre os utentes, através da interação com a equipa técnica do referido centro.

Transversal à análise supracitada, é a consideração relativa à aplicação dos questionários na instituição: Associação dos Moradores das Lameiras, situada em Vila Nova de Famalicão e ao Centro de Convívio do município de Vila Nova de Famalicão.

Na Associação de Moradores das Lameiras, procedeu-se à normal aplicação do instrumento de recolha de dados, com ampla receptividade dos idosos utentes do serviço de Centro de dia e colaboração por parte das técnicas superiores. Por sua vez, no Centro de Convívio do município de Vila Nova de Famalicão, aplicaram-se os

questionários com total abertura e participação dos idosos e correspondente colaboração por parte da superior técnica.

A experiência profissionalizante, permitiu comprovar aprendizagens teóricas obtidas ao longo da frequência do mestrado, nomeadamente a importância das agências de desenvolvimento regional, neste caso, a ADRAVE S.A. - ator público de inovação e de transferência tecnológica, agente de cooperação entre os setores público e privado, envolvendo ativamente, municípios, universidades, centros de inovação tecnológica, empresas entre outras entidades.

Ao nível de reflexão de competências, a experiência do estágio permitiu melhorar a capacidade para o uso de software estatístico - SPSS, ferramenta fundamental para a análise de dados.

Na fase final do estudo, procedeu-se à entrega periódica de boletins informativos à ADRAVE S.A., para reencaminhamento às parceiras institucionais que colaboraram no estudo.

1.4 Introdução à temática de estudo no âmbito do estágio

A experiência de estágio, desenvolveu-se no âmbito da implementação do projeto e-Resater - projeto de cooperação territorial no espaço sudoeste europeu, no domínio da inovação em eSaúde e inclusão social.

Esse projeto, dinamizado em Portugal pela ADRAVE S.A., conta no espaço europeu com os seguintes parceiros:

- Syndicat Mixte du Pays Couserans - Midi-Pyrénées - França
- Fondation INTRAS - Centro de investigacion - Castilla y León - Espanha
- Federación Asturiana de Concejos - Principado de Asturias - Espanha
- Servicio Aragonés de la Salud – Aragón - Espanha
- Fundación para el Desarrollo Social – Aragón - Espanha
- Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale du Gers - Midi-Pyrénées - França

Pela sua natureza claramente de cooperação transnacional e territorial, entendeu-se que este projeto constituía um excelente exemplo de articulação com as temáticas centrais desenvolvidas no âmbito do mestrado, processo que se apresenta no tópico posterior ao apresentado de seguida: *Temática de estudo e articulação com o mestrado em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial*

1.5 Objetivos do projeto

e-RESATER ambiciona criar um contexto favorável ao desenvolvimento de serviços e produtos inovadores em eSaúde e eInclusão no espaço SUDOE, estando totalmente em conformidade com os objetivos do Programa Operacional de Cooperação Territorial Sudoeste europeu 2007-20013 (POCTSE).

Uma das orientações estratégicas do POCTSE 2007-2013, refere ao *desenvolvimento da competitividade e da inovação do espaço SUDOE*, e-Resater cumpre integralmente esse propósito, através da criação de um contexto favorável ao desenvolvimento de serviços e produtos inovadores em eSaúde e eInclusão no espaço SUDOE.

Este projeto incide igualmente sobre a Estratégia UE 2020, em particular, a União Europeia da Inovação, definida com as seguintes palavras: "a única forma de criar empregos duradouros e remunerados que resistam à pressão da globalização consiste em melhorar radicalmente os desempenhos da União Europeia em matéria de inovação" (e-RESATER, 2014:9).

Um dos eixos de orientação estratégica da União Europeia da Inovação respeita à *saúde e envelhecimento da população*, duas áreas de intervenção alcançadas pelo e-RESATER nas suas vertentes médicas e sociais(e-RESATER, 2014:9).

O projeto considera as mudanças atuais decorrentes da instabilidade económica na Europa, demonstrando particular empenho na monitorização e transparência dos recursos económicos resultantes do acesso às aplicações de eSaúde e eInclusão e-Resater. A implementação do projeto alcança o potencial de criação e manutenção de emprego nas empresas e nos territórios.

É expectável que a área económica da assistência às pessoas em França cresça entre 20% a 30% nos próximos anos, enquanto que a OCDE anuncia que as TIC aplicadas à saúde, constituam imenso potencial para a criação de emprego na Europa, com 5000 reagrupadas em clusters dedicados na União Europeia.

Atendendo ao exposto, a instituição solicitou ao estagiário a elaboração de um estudo focado na população idosa, com a pretensão de conhecer melhor as contrariedades e potencialidades inerentes a esse grupo etário, no território do município de Vila Nova de Famalicão.

Sabemos do carácter territorial inerente às dinâmicas da ADRAVE S.A. e dessa forma, torna-se fundamental conhecer melhor essa população e descrever as suas aspirações em termos de atividades quotidianas, para intervir com eficácia na sua

autopercepção de saúde, enquanto fonte de bem-estar bio-psico-social e motor de procura do consumo e de bens de cuidados de saúde.

Além do exposto, será analisada a variação da autopercepção do estado de saúde dos idosos e outros domínios fundamentais, nomeadamente: Caracterização sociodemográfica; Informações gerais de saúde - qualidade de vida; Saúde nas vertentes - Cognitiva, atenção, cálculo e memória; Serviços de assistência ao idoso e qualidade das respostas institucionais; Saúde mental; Autopercepção de segurança; Atividade e inatividade física; principais atividades diárias; Relações familiares, sociais e associativismo e Desenvolvimento de atividades diárias.

Acredita-se na utilidade deste estudo, uma vez que se insere no âmbito do envelhecimento ativo, o qual se quer participativo de forma a promover ambientes e atividades salutogénicos que melhorarem a autopercepção do estado de saúde de populações cada vez mais envelhecidas.

A autopercepção do estado de saúde corresponde a um visão subjetiva da saúde que pode gerar patologias mentais e mesmo físicas associadas a princípios de hipervigilância, gerenciadores de angústia e de fatores de consumos abusivos de fármacos ou de outras fontes de dependência.

CAPÍTULO II

**Temática de estudo e articulação com o mestrado em Políticas
Comunitárias e Cooperação Territorial**

**Política Europeia de Saúde - inclusão pela saúde no Vale do
Ave e projeto e-RESATER**

2.1 Temática de estudo e articulação com o mestrado em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial

Pretende-se que o estudo "inclusão pela saúde no Vale do Ave" contribua para um conhecimento factual aprofundado sobre a população idosa, de forma a intervir para a melhoria da qualidade de vida e bem estar dessas populações, através de mais e melhor acesso a serviços de eSaúde e eInclusão.

<i>Unidades Curriculares</i>	<i>Projeto e-RESATER e temática de estudo</i>
Cooperação Territorial da União Europeia	Projeto de Cooperação entre entidades do espaço sudoeste europeu
Políticas Económicas Europeias - Política europeia de saúde pública	Saúde e envelhecimento da população

Tabela 1

A implementação do e-Resater articula-se com as matérias aprendidas na unidade curricular de *Cooperação Territorial da União Europeia*, lecionada no 1º ano, 1º semestre deste ciclo de estudos. A ADRAVE S.A. conta com 6 parceiros, daí a cooperação territorial à escala SUDOE e também, transnacional por englobar regiões francesas e espanholas.

O Programa de Cooperação Territorial SUDOE apoia o desenvolvimento regional através do cofinanciamento de projetos transnacionais por intermédio do FEDER (Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional). O projeto e-Resater, é implementado no âmbito do Programa de Cooperação de Cooperação Territorial SUDOE 2007-2013, respondendo ao eixo prioritário de ação 1 - Promoção da inovação e constituição de redes estáveis de cooperação em matéria tecnológica.

Incide igualmente sobre as vertentes médica e social, correspondentes às orientações estratégicas relativas à saúde e envelhecimento da população, respetivamente, nesse sentido, inclui-se a unidade curricular de *Políticas Económicas Europeias*, nomeadamente a Política europeia de saúde pública.

e-Resater enquadra-se nos programas interregionais INTERREG, ou seja, cooperação entre regiões europeias, enfatizada no tópico: *Contribuir para a coesão territorial ao nível transfronteiriço, transnacional e interregional* - "Sublinhámos o

valor específico aumentado de apoiar os instrumentos europeus de troca de boas práticas bem como de projetos inovadores e a transferência de conhecimento entre organizações participantes, tais como as de trabalho em rede e programas interregionais - INTERREG IVC, INTERACT, URBACT (Territorial Agenda of the European Union 2020: Towards an Inclusive, Smart, and Sustainable Europe of Diverse Regions, 2011:11)

2.2 Política Europeia de Saúde - Inclusão pela saúde no vale do Ave e projeto e-RESATER

A saúde é central na vida das pessoas e deve ser suportada por políticas efetivas e ações nos estados-Membros, ao nível da União Europeia e a nível global.

Os estados-Membros têm a principal responsabilidade na política de saúde e fornecimento de cuidados de saúde aos cidadãos europeus. Não se pretende que a Comunidade Europeia duplique o trabalho dos seus membros, contudo, "existem áreas onde os estados-Membros não podem agir sozinhos com efetividade e onde a ação cooperada ao nível comunitário é indispensável" (Together for health: A Strategic Approach for EU 2008-2013, 2007:1).

Essas ações concertadas, incluem ameaças à saúde e outras com impacto transfronteiriço ou internacional, tais como pandemias e bioterrorismo, além dos relacionados com o livre comércio de bens, serviços e pessoas.

O artigo 152º do Tratado da Comunidade Europeia, afirma que "deve ser assegurado um elevado nível de proteção da saúde humana na definição e implementação de todas as políticas e atividades Comunitárias" (Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, 2008:3).

O papel da Comunidade Europeia na política de saúde foi reafirmado no Tratado da Reforma, aprovado pelos Chefes de Estado e de Governo da União em Lisboa, em 19 de Outubro de 2007, o qual se propôs a reforçar a importância política da saúde.

O tema da saúde é recorrente nos artigos dos tratados do Mercado Interno, Meio Ambiente, Defesa do Consumidor, Assuntos Sociais, incluindo a Segurança e Saúde dos Trabalhadores, a Política de Desenvolvimento e investigação, entre muitos outros.

Recentemente, terminou o II Programa de Ação Comunitária na área da Saúde 2008-2013. Este programa teve um orçamento de 321,5 milhões de euros e a maioria desse valor financiou projetos e outras ações que contribuíram para aumentar a solidariedade e prosperidade na União Europeia.

O programa de Saúde 2008-2013 foi gerido pela Comissão e pela Agência executiva de Consumidores, Saúde e Alimentação¹ (CHAFEA) formalmente conhecida por Agência para a Saúde e Consumidores.

A CHAFEA foi criada em 1 de janeiro de 2005. Entre as principais ações, implementa o Programa de Saúde da União Europeia, o Programa do Consumidor e a iniciativa Melhor Formação para alimentos mais seguros.

Concluindo a referência à política europeia de saúde pública, em articulação com matérias abordadas no âmbito da Unidade curricular de Políticas Económicas Europeias - 1º ano, 2º semestre, estamos perante uma política de trajetória dependente, ou seja, as políticas e medidas aprovadas e aplicadas nos programas anteriores determinaram as medidas dos programas seguintes, daí a relação de dependência.

¹ Organigrama - ver Anexos

CAPÍTULO III

Enquadramento e fundamentação teórica

Envelhecimento

Abordagens teóricas ao envelhecimento ativo

Envelhecimento ativo: contexto político, conceito e potencial

3.1 Envelhecimento, idade e representações

A Biologia define o envelhecimento como um “fenómeno natural, universal e necessário” e este não ocorre de um modo homogêneo para todos os indivíduos, uma vez que o envelhecimento é “um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como “grupo heterogêneo” (Martins, 2012:4). Estatisticamente, utiliza-se a idade cronológica para delimitar o início da categoria dos idosos, aquando do 65^a aniversário, no entanto, como anteriormente mencionado, os indivíduos são detentores de características distintas, quanto ao seu desenvolvimento biológico, psicológico e social.

Por conseguinte, referenciam-se a seguir os diversos sentidos dados ao conceito de idade, apresentados por Levet-Gautrat (Martins,2012:4).

Temos, portanto, a idade cronológica, “que decorre entre o nascimento e o momento presente”; a idade jurídica, “que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e de determinar qual a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade”; a idade física e biológica, “que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece”; a idade psicoafetiva, “que reflecte a personalidade e as emoções de uma pessoa”; e, por último, a idade social, “que corresponde à sucessão de papéis que a sociedade atribui ao sujeito e que são correspondentes às condições socioeconómicas”.

É importante referir que a categoria dos indivíduos considerados como idosos (indivíduos com 65 ou mais anos) é um conceito social, normativo e estatístico - e varia conforme “o ponto de vista das formas e modos do envelhecimento humano, quer sob o ponto de vista do estatuto que é atribuído aos velhos consoante os indivíduos, os grupos, as sociedades, as culturas e segundo as épocas e as gerações sucessivas” (Martins, 2012: 4).

Também o estatuto social do idoso evoluiu ao longo dos tempos, podendo desde já, afirmar-se que sofreu grandes alterações, após a Revolução Industrial (Pimentel 2005,42). De acordo com Pimentel (2005:43), nas sociedades pré-industriais, o idoso era considerado sábio, experiente e como tal, ocupava cargos importantes na comunidade, desempenhando as funções mais elevadas de decisão. O idoso era igualmente respeitado, integrado e apoiado no seio da família, chefiando-a, visto que este detinha uma longa experiência de vida.

Na atualidade, o idoso é frequentemente considerado inútil, incapaz e por isso, é rejeitado, Cabrillo e Cachafeiro justifica este facto através do argumento: “o valor

atribuído à velhice depende do que a sociedade necessita ou prefere em determinado momento", seguindo-se Pimentel ao acrescentar que, nos dias de hoje, é valorizada entre outros aspetos, a juventude e sendo assim, os idosos são colocados de parte por não poderem ser considerados como tal (Pimentel 2005,44).

Presentemente, assistimos a um crescente interesse em relação ao envelhecimento das populações mais velhas, essencialmente pelos novos desafios que este fenómeno ocasiona. Associa-se o envelhecimento a um conjunto de problemas do foro físico, psicológico e material, com os quais, os idosos devem aprender a lidar. Todavia, uma das maiores preocupações dos idosos é, sem dúvida, não perder a sua independência, no que se refere à sua participação na esfera social.

Segundo Rodrigues² (2013:2), somos velhos cada vez mais tarde pela alteração dos calendários³; Com o aumento dos anos de vida sem incapacidades físicas temos igualmente tendência a adiar a representação do que é ser velho.

Como exemplo, à escala europeia, para os holandeses a velhice inicia-se aos 70,4 anos enquanto a média europeia é de 63,9; os cipriotas consideram que se deixa de ser jovem aos 50,8 anos quando a média europeia é de 41,8; no caso português, a juventude termina aos 36,8 anos e a velhice inicia-se aos 67,9 (Comissão Europeia - Eurobarómetro 378 Envelhecimento Ativo, 2012).

Indivíduos com a mesma idade cronológica, podem ter diferentes estados de saúde, decorrentes de comportamentos patológicos - psicoses, neuroses, sociopatias, os quais por sua vez, influirão no organismo do mesmo, acrescenta Rodrigues (2013:2).

No seguimento do exposto e incidindo novamente na autoperceção etária da velhice, à medida que se envelhece apenas se considera o início desse processo para idades mais tardias.

Por exemplo, os europeus com idades entre 15-24 anos consideram que a velhice se inicia aos 59,1 anos e os inquiridos com 55 e mais anos, adiam essa perceção para os 67,1 anos.

Com alguma frequência, os indivíduos são rotulados segundo fronteiras etárias, as quais constantemente resultam em idadismos⁴. É importante reter que dentro de cada grupo etário, existe heterogeneidade decorrente de diferentes características sociodemográficas.(idem, 2013:2)

² Demógrafo e sociólogo - Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho

³ Saída da escola, primeiro emprego, união, nascimento dos filhos, reforma, etc

⁴ Atitude discriminatória dirigida ao indivíduo com base na idade

Compreendemos que certos fenómenos são associados à idade, quando na realidade se devem a diferenças geracionais, às quais se somam características resultantes de percursos biográficos distintos.

3.2 Envelhecimento populacional global e europeu - desafios e oportunidades

Desde a virada do século, a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de três décadas. Atualmente, a análise da população mundial revela-nos mais de 580 milhões de pessoas com 65 e mais anos; este número deverá subir para mais de 1000 milhões nos próximos 20 anos - um aumento de 75% nesta faixa etária, em comparação com um aumento inferior a 50% na população mundial como um todo (Kalache, 1999:4).

Verifica-se igualmente uma tendência generalizada para a diminuição da população jovem, com menos de 15 anos e para o aumento da população idosa com 65 ou mais anos.

A atual população envelhecida, os mais idosos - 75 e mais anos, são o subgrupo da população que mais tem aumentado e prevê-se que esta tendência se prolongue, em praticamente todas as regiões do globo.

Kalache⁵ (1999:4) projeta que em 2020, aproximadamente 70% da população idosa estará a viver nos países em desenvolvimento, representando estes fenómenos, uma revolução demográfica sem precedentes e exigindo desse modo, a atenção imediata dos decisores políticos à escala global.

O envelhecimento populacional na Europa resultante das reduzidas taxas de natalidade e aumento da longevidade, está neste momento estável (Together for Health - A Strategic Approach for the EU 2008-2013, 2007:7). Contudo, em 2050 o número de pessoas a viverem nos estados-Membros da União Europeia, com 65 e mais anos terá aumentado 70%. Os indivíduos com 80 e mais anos terão aumentado em 170% (projeções populacionais Eurostat, 2006).

Atualmente, os cidadãos europeus estão a experimentar vidas mais longas e saudáveis do que nunca. Desde 1960, a expectativa de vida cresceu 8 anos e as projeções demográficas projetam novo aumento de 5 anos, ao longo dos próximos 40 anos. A Comissão orgulha-se desta realização histórica, que deve ser celebrada.

Contudo, o aumento da expectativa de vida combinada com baixas taxas de natalidade, implica um equilíbrio entre jovens e idosos, uma mudança que está

⁵Médico de Saúde Pública, Presidente do Centro Internacional da Longevidade (Brasil), Conselheiro sobre Envelhecimento Global na Academia de Nova Iorque, embaixador sobre Envelhecimento Global

atualmente em aceleração com a aproximação da idade de reforma para as grandes coortes⁶ baby-boomers. (European Year for Active Ageing, 2010:4)

A partir de 2012, a população europeia em idade ativa vai encolher, enquanto que a população com 60 e mais anos vai continuar a aumentar cerca de 2 milhões por ano, de acordo com um cenário que assume imigração sustentada e um ligeiro aumento nas taxas de natalidade (European year for active ageing,2010:4).

Estas alterações demográficas apresentam alguns desafios e oportunidades. O envelhecimento da população pode aumentar a pressão sobre os orçamentos públicos e sistemas de pensões, bem como no quadro de pessoal dos serviços sociais e de cuidados para os idosos. Teme-se que o envelhecimento acelerado das sociedades da Europa possa tornar as gerações mais velhas num fardo pesado para os mais jovens e pessoas em idade ativa, resultando em tensões entre gerações (European year for active ageing,2010:4).

No entanto, essa visão ignora a contribuição real e potencial que os mais velhos, e as pessoas das coortes baby boom em particular, podem proporcionar à sociedade.

Uma oportunidade chave para enfrentar o desafio do envelhecimento demográfico e preservar a solidariedade intergeracional, consiste em garantir que as coortes do baby boom permanecem no mercado de trabalho e mantêm-se saudáveis, ativas e autônomas por mais tempo após a reforma (European Year for Active Ageing, 2010:4).

O que é uma conquista extraordinária para este século será um dos grandes desafios para a próxima: garantir a qualidade de vida de uma vasta população idosa.

Determinante para este desafio é a saúde, sendo vista nas sociedades ricas e pobres como o ativo mais valioso para uma boa qualidade de vida, especialmente nos anos mais avançados. Para os indivíduos contribuírem para a sociedade, boa saúde é um fator essencial, defende Kalache (1999:4).

Assim como a saúde sustenta a atividade, é numa vida ativa que está a melhor oportunidade para ser saudável. Como se afirmou na Declaração sobre o Envelhecimento, OMS - Brasília (1996), idosos saudáveis são um recurso para as suas famílias, comunidades e para a economia, defende Kalache (1999:4).

Quanto mais ativos eles são, mais podem contribuir para a sociedade, defende o autor supracitado, ao caracterizar o envelhecimento como uma potencial solução,

⁶ Agregado de indivíduos dentro de determinada população que experienciaram os mesmos eventos, dentro de um intervalo temporal análogo.

contrariando a perspectiva negativa com que os países normalmente abordam o envelhecimento populacional.

De acordo com Gil⁷ (2007:25), olhar para o envelhecimento de uma forma positiva e como uma oportunidade, tem subjacente uma visão que pretende reabilitar a representação negativa do que é ser velho nas sociedades contemporâneas, por vezes retratados como um "fardo", "um peso" numa sociedade em que o economicamente produtivo e o ser jovem é sobrevalorizado em detrimento do que é, socialmente, improdutivo.

Segundo Gil (2007:25) tornar-se fisicamente debilitado, incapacitado e mentalmente dependente face a outrem, são características por vezes generalizáveis, a qualquer indivíduo que faça parte deste grupo social com 65 e mais anos, apesar da realidade demonstrar que a velhice pode ser uma etapa de vida, rica em experiências sociais e economicamente úteis, fonte de bem-estar, qualidade de vida e de boa saúde.

3.3 Abordagens teóricas ao envelhecimento Ativo

As formulações ortodoxas sobre o envelhecimento Ativo, nomeadamente as teorias de atividade e satisfação com a vida e envelhecimento bem-sucedido⁸, defendem que a manutenção dos papéis sociais e atividades significativas para as pessoas, aumentam os seus sentimentos de bem-estar na idade avançada⁹ (Bowling, 2007:293).

Outra abordagem teórica popular concerne à *teoria da continuidade*¹⁰, a qual argumenta, pessoas que envelhecem com sucesso são aquelas que "transportam" os seus valores, estilos de vida e relacionamentos, desde a média idade até à idade avançada (Bowling, 2007:293).

Posteriormente, Atchley (1989), distanciou-se da ênfase dada à importância do volume de atividades desenvolvidas para o bem-estar na vida adulta, para um modelo mais realista, salientando o ajuste e adaptação aos desafios do envelhecimento através da substituição e redistribuição de atividades. Cada teoria sofre de limitações e as teorias sociais apresentadas ignoram as restrições ao indivíduo, decorrentes do poder e padrões de desigualdade na sociedade - as diferenças sociais e as dinâmicas de envelhecimento foram ignoradas (Bowling, 2007: 293).

⁷ Socióloga e Investigadora no Instituto Nacional de Saúde - INSA

⁸ ver Havighurst e Albrecht (1953)

⁹ ver Havighurst e Albrecht (1953) Bengtson e Petersen (1972)

¹⁰ ver Atchley (1972)

Como reconhecimento da necessidade de uma abordagem mais ampla ao conceito de *envelhecimento Ativo*, afastada das abordagens teóricas iniciais, Walker (2002) salienta a necessidade para um conceito que englobe todas as pessoas, tanto os aptos como os mais frágeis (Bowling, 2007: 293).

Nesse sentido, a importância da *atividade* para a Qualidade de Vida (QoL) na idade avançada colocou-se dentro de um enquadramento político mais inclusivo.

"Ativo" refere-se à participação contínua na sociedade, mantendo a saúde física, mental e social, para permitir a manutenção da dignidade, autoeficácia, os direitos humanos e os ambientes físicos amigos da idade, para facilitar a autonomia e a independência, mudando de uma abordagem política "baseada em necessidades" para uma "baseada em direitos" (Bowling, 2007: 294).

As propostas políticas fundamentais da OMS foram identificadas nos "três pilares do envelhecimento Ativo": saúde, participação e segurança. Assim, os modelos atuais de envelhecimento ativo diferem do conceito semelhante e multidimensional de Qualidade de Vida, ao afirmarem que o ponto final do envelhecimento Ativo é *melhor Qualidade de Vida* (Bowling, 2007: 294).

O *envelhecimento Ativo*, permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar ao longo da vida e participar na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, oferecendo-lhes proteção adequada, segurança e cuidados quando eles precisam de ajuda. Embora esta definição inclua a noção de atividade contínua na força de trabalho, também abrange a participação contínua dos idosos na sociedade (Comissão Europeia - Decisão do Parlamento europeu e do Conselho sobre 2012 - o ano europeu do envelhecimento, 2010:2)

Há suporte para os elementos benéficos do modelo de envelhecimento ativo da OMS (2002). Por exemplo, Walker (2002) aponta a *atividade* como uma componente de fonte de saúde física e mental e há um crescente corpo de evidências que referem o exercício físico, para a melhoria da saúde física, saúde mental e qualidade de vida dos idosos, bem como na prevenção de quedas (Bowling, 2007: 294).

Redes sociais, apoio e participação também têm sido igualmente associados com a saúde, mortalidade e qualidade de vida (Bowling, 2007: 294).

As características dos bairros e ambientes amigos da idade, também foram identificados como aspetos que influenciam de forma independente os níveis de atividade social das pessoas mais e a Qualidade de Vida (Bowling, 2007: 294)

3.4 Envelhecimento Ativo: contexto político, conceito e potencial

Contexto político

Em Abril de 2002, na II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, as Nações Unidas adotaram o Plano de Ação Internacional de Madrid para o Envelhecimento, "which includes the recognition that persons, as they age, should enjoy active participation in the economic, social, cultural and political life of their societies as a main development objective" (Comissão, European Year for Active Ageing, 2010:2)

As mensagens políticas do Plano de Ação Internacional de Madrid foram apoiadas pela Comissão na sua Comunicação de 18 de Março 2002¹¹

Três anos depois, em outubro de 2005, na cimeira informal de Hampton Court os Chefes de Estado e de Governo sublinharam que o envelhecimento demográfico é um dos principais desafios que a União Europeia terá de enfrentar nos próximos anos.

Posteriormente, em outubro de 2006, a Comissão apresentou os seus pontos de vista sobre os desafios demográficos que a UE enfrenta e as possibilidades de ultrapassá-los na Comunicação "O futuro demográfico da Europa - Transformar um desafio em oportunidade"¹²;

Nessa Comunicação expressou-se igualmente a confiança na capacidade de adaptação da Europa às mudanças demográficas, nomeadamente o envelhecimento da população.

Identificaram-se cinco respostas políticas - chave através das quais os Estados-membros da União Europeia poderiam responder de forma construtiva às mudanças demográficas e "gerir" o envelhecimento da população. Nesse contexto, o Conselho Europeu aprovou em 2007 uma resolução sobre as "Oportunidades e desafios das alterações demográficas na Europa: "O contributo dos idosos para o desempenho económico e desenvolvimento social", que realçou a necessidade de aumentar as possibilidades para a participação ativa dos mais velhos.

Em junho de 2009, o Conselho Europeu adotou Conclusões sobre "Igualdade de oportunidades para mulheres e homens: envelhecimento ativo e digno", as quais reconheceram que em toda a União Europeia, mulheres e homens mais velhos enfrentam sérios desafios enquanto procuram viver as suas vidas ativas e envelhecerem com dignidade, propondo um número de ações aos Estados-membros e à Comissão.

¹¹ Europe's response to World Ageing - COM, 2012

¹² The demographic future of Europe - from challenge to opportunity. COM Communication, 2006

As conclusões adotadas "convidaram" a Comissão a desenvolver uma crescente consciência para a necessidade de implementação de atividades promotoras de envelhecimento ativo, incluindo um possível Ano Europeu sobre o Envelhecimento Ativo e a Solidariedade Intergeracional em 2012, o qual se verificou.

O Conselho adotou em 30 de novembro de 2009 as Conclusões sobre "Envelhecimento Saudável e com Dignidade" as quais "convidaram" a Comissão a desenvolver ações de sensibilização para a promoção do envelhecimento ativo, incluindo um possível *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e a Solidariedade Intergeracional* em 2012, posteriormente confirmado¹³.

O Tratado de Lisboa (2009) menciona pela primeira vez no artigo 3.3º *a solidariedade entre as gerações* como um dos objetivos da UE.

Por fim, a Comissão enfatizou na comunicação "Europa 2020" - uma estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo", a importância da capacidade da União Europeia para responder a dois desafios: promover a saúde e o envelhecimento ativo da população, visando por fim, a coesão social e maior produtividade (European Year for Active Ageing, 2010:4).

Conceito de envelhecimento ativo

A Organização Mundial de Saúde, definiu pela primeira vez o conceito de envelhecimento Ativo em 2002, aquando da publicação da brochura *Active Ageing. A Policy Framework* com a designação "the process of optimizing opportunities for health, participation and security, in order to enhance quality of life and wellbeing as people age" (Active Aging: A Global Goal, 2012:2).

Na década de 90 surgiu um novo conceito de envelhecimento ativo, influenciado pela OMS, a qual enfatizou a conexão vital entre atividade e saúde (Butler, Oberlink e Schecter, 1990) e a importância do envelhecimento saudável (OMS, 1994).

O pensamento na base desta nova abordagem é perfeitamente expresso na máxima da OMS, "foram adicionados anos á vida, agora temos de adicionar vida aos anos"(OMS, 1994). Esta máxima sugere uma estratégia geral de estilo de vida para a preservação da saúde física e mental à medida que as pessoas envelhecem, ao invés de apenas tentar que trabalhem mais.

¹³ Council conclusions of 20 November 2009 on Healthy and dignified ageing

Deste modo, a essência emergente do conceito moderno de envelhecimento ativo, combina o elemento central do envelhecimento produtivo com uma forte ênfase na qualidade de vida e bem-estar físico e mental (Comissão Europeia;1999).

Potencial do envelhecimento ativo - saúde e cidadania

Existe uma interrelação crítica entre saúde e atividade: por um lado fraca saúde pode determinar atividade (por exemplo é um fator determinante na reforma antecipada) enquanto que por outro lado, atividade pode ser um importante contributo para a saúde (Butler, Oberlink e Schecter, 1990).

Paradoxalmente, emprego é tanto uma causa de doença como uma importante fonte de ganhos em saúde, em termos de atividade, autoestima e contacto social (Wilkinson, 1996. Concluindo, se a saúde do trabalhador se mantém, este estará mais disposto e disponível a prolongar a sua vida de trabalho.

Uma estratégia preventiva de *envelhecimento ativo* aumenta a probabilidade de eficiência e existem imensos exemplos de boas práticas nesta matéria, principalmente entre os países nórdicos. Por exemplo, o Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional implementou dois programas relevantes: O programa Finn Idade teve como objetivo promover a saúde, a empregabilidade e o bem-estar das pessoas com mais 45 anos, enquanto o programa Pequeno Local de Trabalho teve a intenção de encorajar pequenas empresas a adotar boas práticas em prol do bem-estar de todos os funcionários.

Contudo, esse nível de atividade decresce com o avanço da idade e entre os idosos com 80 e mais anos uma minoria é severamente isolada e excluída.

Nos últimos anos, verificaram-se extensas ações por parte dos estados-membros da União Europeia no sentido de encorajar mais participação ativa dos cidadãos idosos, ao nível dos processos políticos locais, regionais e nacionais. Como exemplo, grupos de aconselhamento e consultadoria formados por idosos têm vindo a ser estabelecidos em vários países (Walker e Naegele, 1999), como aconteceu na Dinamarca e na Suécia.

Os idosos desempenham um papel fundamental como voluntários em várias associações de voluntariado e grupos. A título de exemplo, o Eurobarómetro 1992 mostrou que 13% dos idosos com 60 e mais anos eram membros de uma organização de voluntariado, fornecendo assistência gratuita e ajuda aos outros - 30% na Holanda, 29% na Dinamarca e 6% na Grécia (Walker, 1993).

Existe um conjunto considerável de potencial voluntário entre os idosos economicamente inativos e a sua inclusão nessa atividade contribui com dois benefícios

essenciais: no voluntariado os indivíduos contribuem para o bem-estar e por outro lado, concretizam as expectativas relativas às relações sociais.

Exemplos mais atuais são os fornecidos pelo relatório intitulado "Envelhecimento Ativo- eurobarómetro 378", realizado em 27 estados-membros da União Europeia e em mais cinco países não-membros: Croácia, Islândia, Ilhas Faroé, Noruega e Turquia.

Essa pesquisa incidiu sobre os seguintes domínios principais: Perceções gerais de envelhecimento e pessoas idosas, Pessoas mais velhas no mercado de trabalho, Reforma e pensões, Trabalho voluntário e suporte para pessoas mais velhas e Combate aos desafios do envelhecimento.

No domínio *perceções gerais de envelhecimento e pessoas idosas*, questionaram-se os participantes na pesquisa, sobre quando alguém é considerado "velho" e "novo". Em média, as pessoas são vistas como sendo velhas quando atingem os 64 anos e deixam de ser jovens aos 42 anos.

Outra percepção geral, indica que "as pessoas estão mais satisfeitas com as suas relações pessoais (80%) e menos satisfeitas com a sua saúde (71%)"(Active Ageing Report, 2012:7).

A maioria acredita que as pessoas com 55 e mais anos desempenham um papel importante em aspetos-chave da sociedade (nas suas famílias, política, na comunidade e na economia), especialmente na família, onde 82% sentem que as pessoas mais velhas desempenham um papel importante (Active Ageing Report, 2012:7).

No domínio, *Trabalho voluntário e suporte para pessoas mais velhas*, verifica-se que um quarto dos cidadãos europeus participam ativamente ou desempenham algum tipo de trabalho voluntário para uma organização. Os cidadãos mais velhos são mais propensos ao trabalho voluntário (27% dos cidadãos dos 25 Estados-membros, com 55 e mais anos) e geralmente despendem, em média 14 hora por mês em voluntariado.

Entre os que não desempenham esta atividade, as razões prendem-se com a falta de tempo e interesse (Active Ageing Report, 2012:9).

Embora a maioria não participe em trabalho voluntário formal para uma organização, dois terços dos cidadãos realizaram algum tipo de trabalho voluntário informal nos últimos 12 meses, como *ajudar ou apoiar outras pessoas* (Active Ageing Report, 2012:9).

Por último, no domínio *Ambientes amigos da idade*, a maioria sente que o seu país e área local são "amigos da idade"; A maioria dos cidadãos (82%) acredita que o

uso de tecnologia para interagir com os clientes é um obstáculo para as pessoas mais velhas e metade (53%) sentem que é um grande obstáculo. A maioria sente também que seria útil para as autoridades locais, definirem comités especiais de pessoas mais velhas, para serem consultados antes da tomada de decisões em aspetos que se relacionam com as pessoas mais velhas na comunidade local (Active Ageing Report, 2012:9).

CAPÍTULO IV

Objetivos do estudo

Metodologia

Apresentação da informação recolhida

Considerações finais

4.1 Objetivos do estudo

De acordo com a informação apresentada no tópico: *Introdução ao tema de estudo no âmbito do estágio*, no presente capítulo, apresentar-se-á a informação recolhida, agrupada e analisada.

Pretende-se conhecer o perfil da população idosa, utente dos serviços de apoio ao domicílio, teleassistência e centro de dia, residentes em contexto rural e urbano, nesse sentido, o estudo incidiu sobre 7 domínios principais:

- 1 - Caracterização sociodemográfica e física
- 2 - Autoperceção de saúde e qualidade de vida
- 3 - Estado da Função Cognitiva e Saúde Mental
- 4 - Autoperceção de segurança
- 5 - Serviços de assistência ao idoso e qualidade das respostas institucionais:
Centro de saúde, hospital e serviços para o idoso
- 6 - Relações familiares, sociais e associativismo
- 7 - Desenvolvimento de atividades diárias e motivação.

4.2 Metodologia

4.2.1 Método

Para a realização do estudo que se apresenta, optou-se pelo método quantitativo, também conhecido por experimental e/ou científico.

A valorização do espírito científico na explicação da natureza, em crescendo desde o séc. XVII, com René Descartes (1596-1650), Francis Bacon (1561-1626) e Galileu Galilei (1564-1642), e assente em métodos matemáticos teve um impacto enorme no pensamento humanista. Crê-se interessante referir a primeira designação de sociologia: física social.

A opção por esta metodologia prende-se com a objetividade inerente á mesma, presente sobretudo no distanciamento do investigador no decorrer da investigação, como condição "sine qua non" da fiabilidade e viabilidade desta. (Pardal, Luís; Lopes, Eugénia:2011).

Instrumento de recolha de dados - Elaboração do questionário

Os domínios de estudo e respetivas questões, foram elaboradas com base nas seguintes fontes:

- Inquérito Nacional de Saúde 2005/06

- SHARE: estudo de envelhecimento, saúde e reforma na Europa

- No domínio de *Desenvolvimento de Atividades diárias e motivação*, apresentava-se ao indivíduo um cenário em que dispunha dos recursos necessários para desenvolver uma atividade diária de lazer, desporto, ou trabalho, e nessa hipótese, qual seria a atividade e motivos. Considerou-se pertinente a colocação desta pergunta com base nos princípios do Envelhecimento Ativo, onde se pretende que os idosos, desenvolvam novas atividades diárias, sejam de carácter económico, social, associativo, recreativo/lazer ou outros.

4.3 Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados optou-se pela aplicação do inquérito por questionário. O questionário é a técnica mais utilizada no âmbito da investigação sociológica.

As questões apresentadas ao inquirido, apresentaram várias hipóteses de resposta de acordo com a aplicação da escala de Lickert, a qual permite medir as atitudes e percepções dos indivíduos, atendendo aos domínios de cada questão.

4.4. Amostra e tipo de amostra

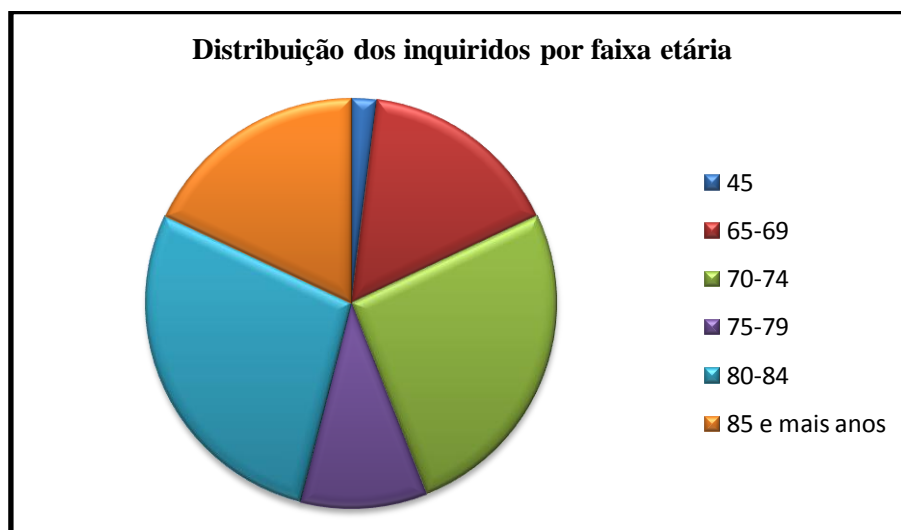
O tipo de amostra neste estudo, corresponde à amostragem por conglomerados. É uma técnica de amostragem utilizada quando grupos "naturais" mas relativamente homogéneos, são evidentes numa população estatística.

Nesta técnica, a população total é dividida em conglomerados (subgrupos). Posteriormente, a informação é recolhida em cada subgrupo, que no seu conjunto forma a amostra. Neste estudo, cada subgrupo corresponde ao conjunto dos utentes e respetivos serviços das 3 instituições cooperantes.

Assumindo uma amostra de tamanho fixo, a técnica permite resultados mais precisos. Uma motivação comum deste tipo de amostragem refere-se à redução do tempo de recolha de informação e de custos.

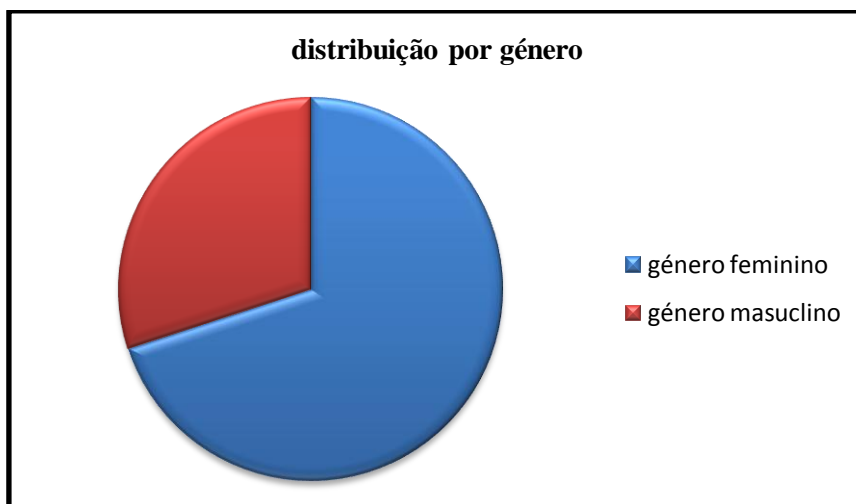
A amostra definiu-se de acordo com o âmbito e objetivos do estudo, perfazendo o total de 50 indivíduos.

4.5. Caracterização da amostra



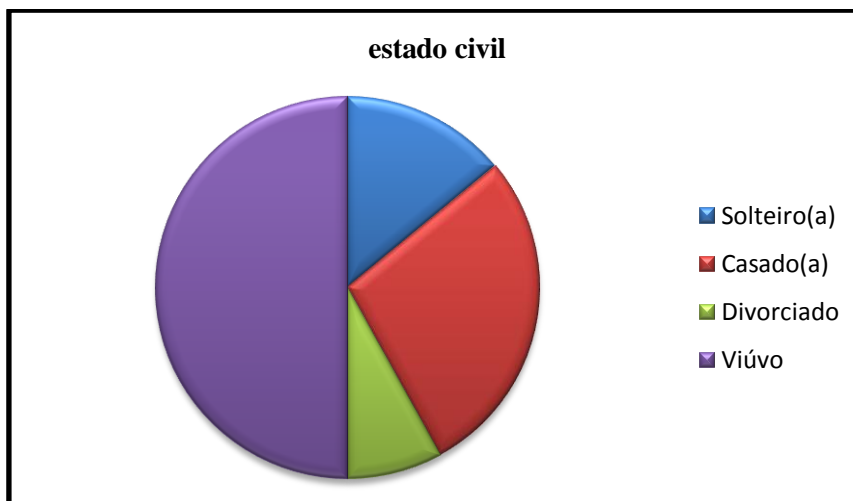
Sectograma 1

Após a distribuição dos inquiridos pelas faixas etárias, aferiram-se os seguintes resultados: 16% dos inquiridos estão na faixa etária 65-69, 26% na 70-74, 10% na faixa etária 75-79, 28% correspondem à 80-84 e 9 inquiridos têm 85 ou mais anos. Uma inquirida tem 45 anos.



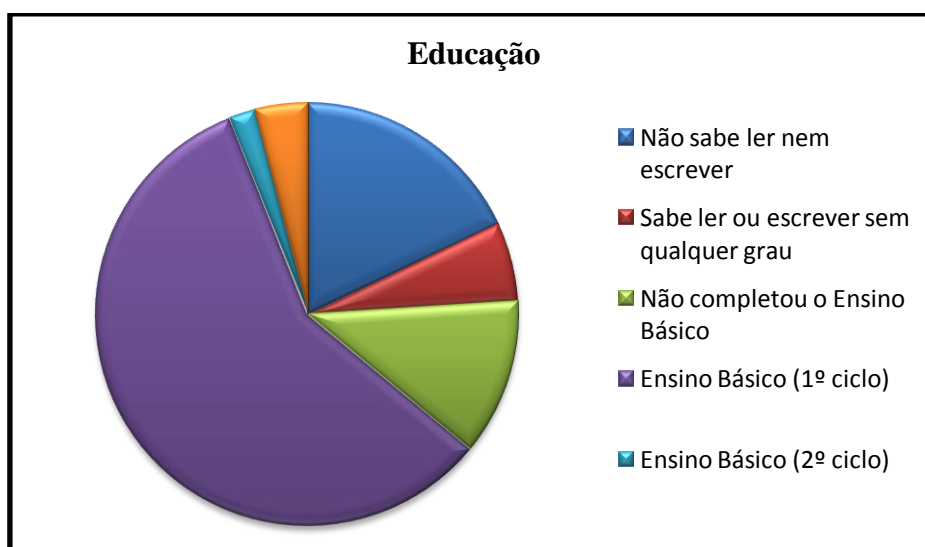
Sectograma 2

A percentagem de indivíduos do género feminino é de 70% e a indivíduos do género masculino é de 30%. O rácio permite comparar o peso relativo de uma parte, em relação a outra, ambas pertencentes ao mesmo todo. Nesse sentido, o rácio entre os géneros é de 2,33. Podemos afirmar que o nº de indivíduos do género feminino que compõem a amostra são mais do dobro, comparativamente aos do género masculino.



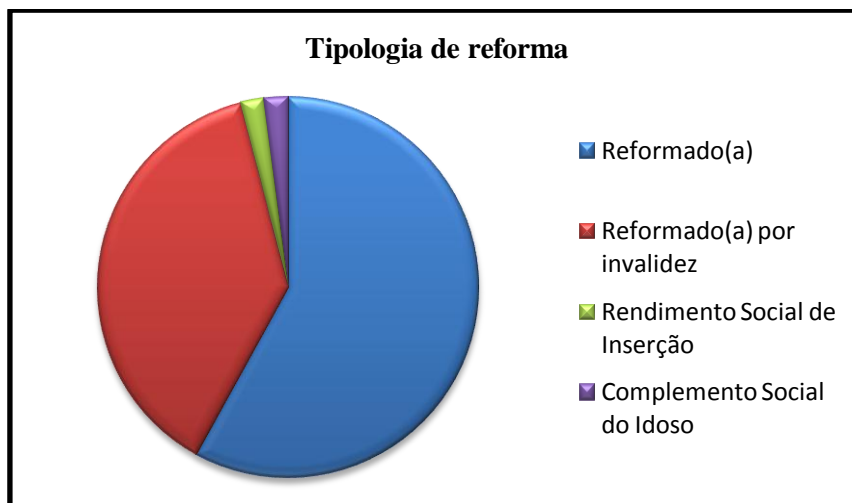
Sectograma 3

No que refere ao *estado* civil, 25 inquiridos são viúvos, 14 são *casados*, 7 solteiros e 4 divorciados.



Sectograma 4

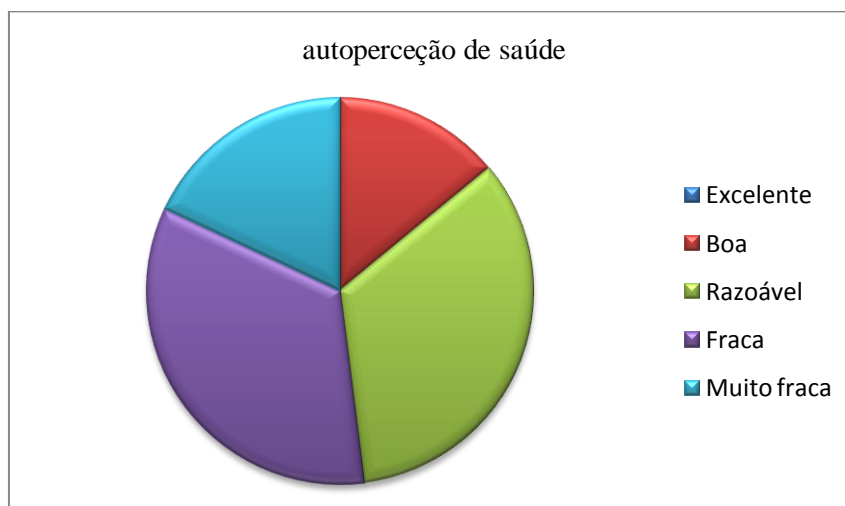
O nível de escolaridade mais elevado completo, é o "Ensino básico (1º ciclo)" com 29 casos, seguido da opção "Não sabe ler nem escrever" com 9, "Não completou o ensino básico" com 6 respostas, 3 inquiridos *sabem ler ou escrever, sem qualquer grau*, 2 concluíram o "Ensino secundário" e 1 concluiu o "Ensino básico (2º ciclo)".



Sectograma 5

A tipologia de reforma dos inquiridos, distribui-se entre 29 inquiridos reformados através do processo normal de reforma, 19 reformados por invalidez, um inquirido a receber o rendimento social de inserção e um inquirido a receber o complemento social do idoso.

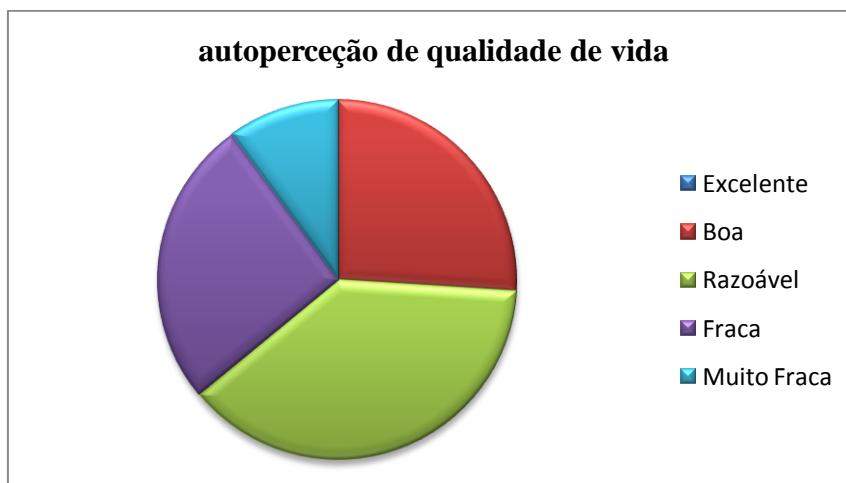
AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA



Sectograma 6

No domínio da autoperceção de saúde, os inquiridos descrevem-na maioritariamente com categorizações qualitativas inferiores. Em 50 inquiridos verificou-se ausência de respostas de qualidade de vida "Excelente" e apenas 7 descreveram a sua saúde com a categoria de resposta "Boa". 17 inquiridos descrevem-

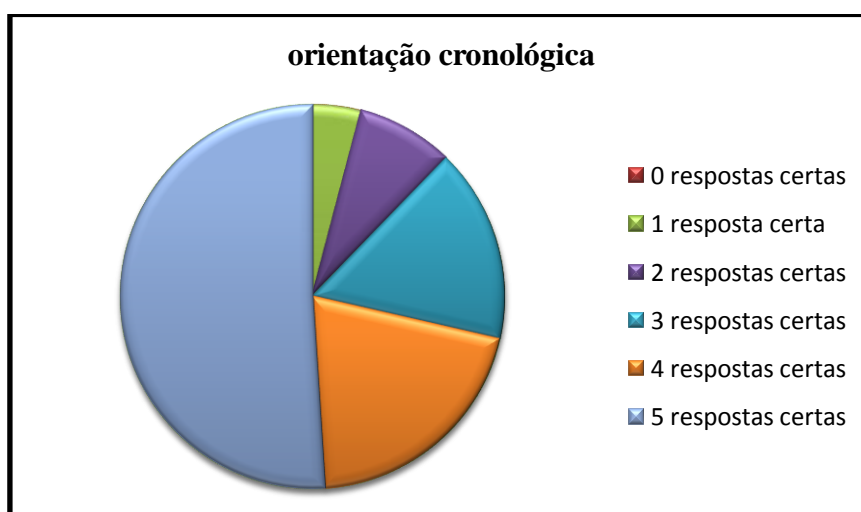
na como "Razoável" e igual número aplica-se aos que responderam "Fraca". Por último, 9 inquiridos percecionam a sua saúde como "Muito Fraca".



Sectograma 7

No domínio da autoperceção de qualidade de vida, verifica-se uma ligeira subida qualitativa na frequência das respostas. Regista-se novamente a ausência de resposta "Excelente", sendo o valor mais frequente o correspondente à categoria "Razoável" com 19 respostas, as categorias "Boa" e "Fraca" registaram 13 respostas e por último, 5 inquiridos responderam, percecionarem a sua qualidade de vida como sendo "Muito fraca".

FUNÇÃO COGNITIVA¹⁴



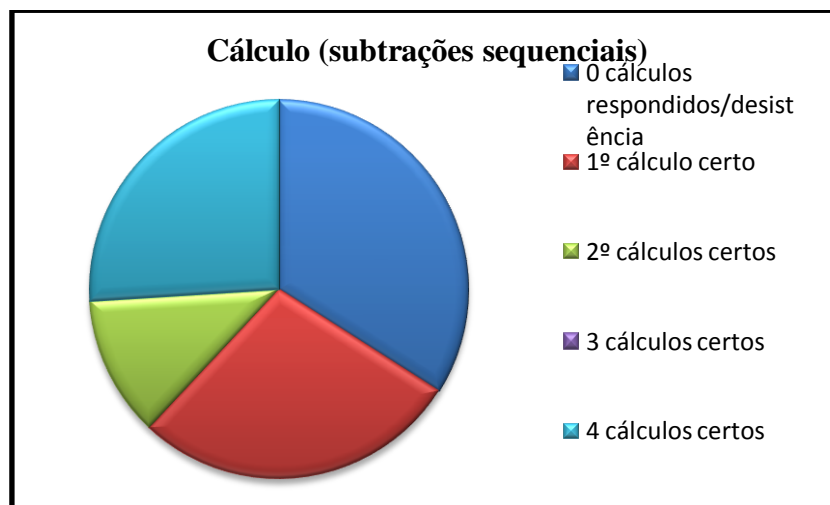
Sectograma 8

¹⁴ Orientação cronológica - exercício que solicita a identificação dos seguintes itens: dia do mês, mês, ano, estação do ano e cidade/freguesia

Neste exercício, 25 inquiridos, responderam corretamente às 5 questões, 10 responderam corretamente a 4 questões, 8 registaram 3 respostas acertadas, 4 inquiridos responderam positivamente em 2 questões, 2 inquiridos não responderam a qualquer questão.

Atenção e Memória (solicitou-se ao inquirido que memorizasse 6 palavras: Limão, Chave, Bola, Criança, Papel, Mercado)

Cálculo¹⁵



Sectograma 9

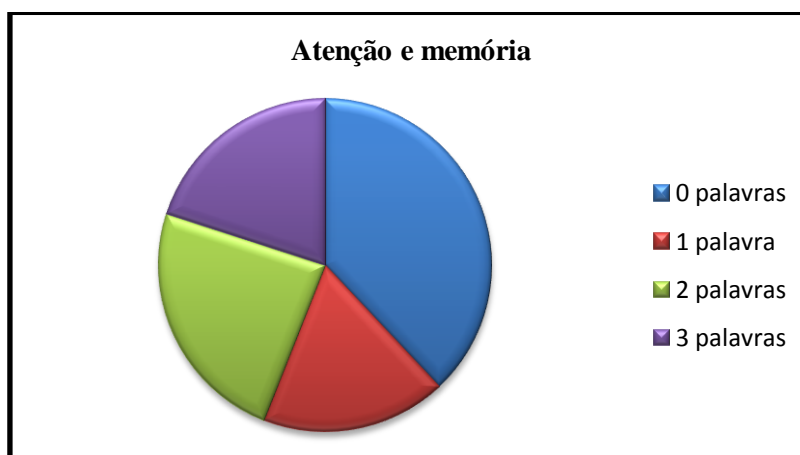
Neste subdomínio, obtiveram-se os seguintes resultados: 13 inquiridos responderam corretamente aos 4 cálculos solicitados, 6 responderam corretamente a 2, 14 inquiridos responderam corretamente apenas ao 1º cálculo e 17 inquiridos, desistiram de responder aos cálculos. A distribuição dos resultados mostra resultados divergentes, excelente capacidade de subtração (26% da amostra) e pelo contrário, fraca capacidade de cálculo e desistência do exercício (62%)

Promoção (aplicação de habilidade numérica aplicada ao quotidiano - no questionário apresenta-se a seguinte situação: numa promoção, uma loja está a vender artigos a metade do preço, antes da promoção um sofá custava 300€, quanto custa no momento?)

Obtiveram-se 45 respostas corretas e 5 respostas erradas.

¹⁵ 4 subtrações sequenciais de 7 iniciadas com "100-7

Atenção e Memória (solicita-se ao inquirido que pronuncie as palavras que recorda)

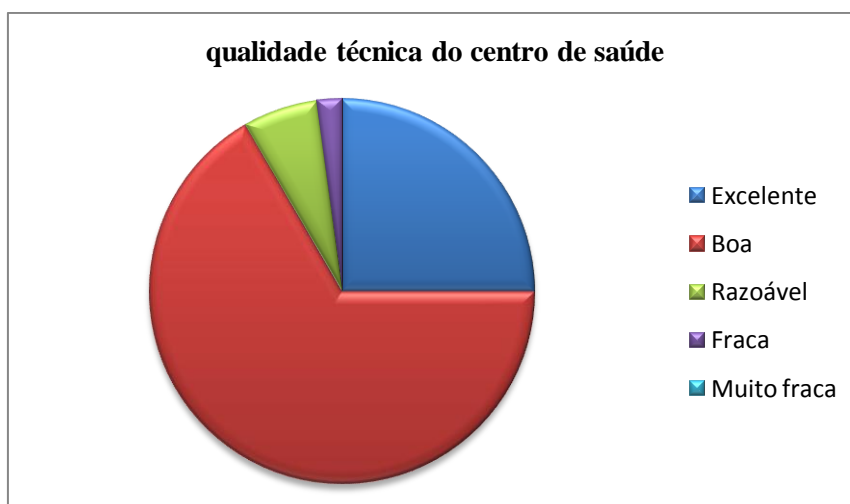


Sectograma 10

Após a evocação das palavras e os 2 exercícios anteriores, solicitou-se ao inquirido que nomeasse as palavras que recordava. Obtiveram-se os seguintes resultados: Entre os inquiridos que recordaram palavras, 10 evocaram 3 palavras, 12 pronunciaram 2 e 9 evocaram 1 palavra. 19 inquiridos não recordaram qualquer das palavras enunciadas.

RESPOSTAS INSTITUCIONAIS

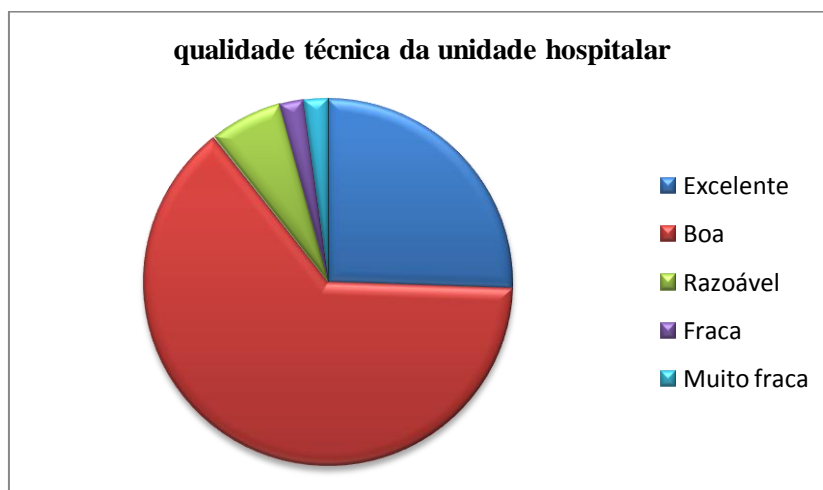
Qualidade técnica do Centro de Saúde e Unidade Hospitalar



Sectograma 11

Os inquiridos avaliam a qualidade técnica do centro de saúde do local de residência, com 32 respostas na categoria "Boa", 12 na categoria "Excelente", 3 na categoria "Razoável e por último, 1 na categoria "Fraca". 2 inquiridos não responderam à questão colocada por não frequentarem o centro de saúde.

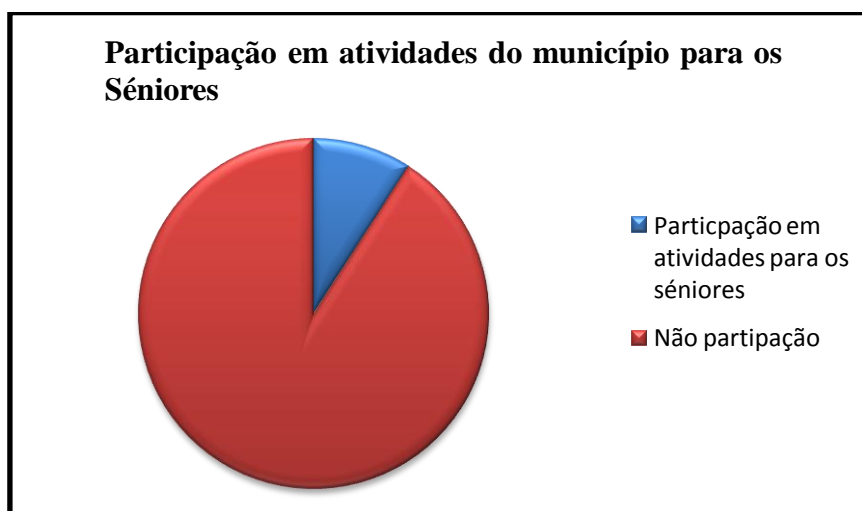
A avaliação do serviço de saúde é amplamente positiva, perfazendo as categorias "Boa" e "Excelente" um total de 44 respostas, em 48 obtidas.



Sectograma 12

Quanto à qualidade técnica da unidade hospitalar mais próxima, obtiveram-se 30 respostas categoria "Boa", 12 categoria "Excelente", 3 na categoria "Razoável" e 1 tanto na categoria "Fraca" como "Muito Fraca". 3 indivíduos nunca frequentaram o hospital, daí a ausência de avaliação. Em 47 respostas obtidas, 42 referem-se a avaliações positivas, concluindo-se a satisfação geral dos inquiridos com o serviço identificado.

Participação em atividades desenvolvidas pelo Município de Vila Nova de Famalicão para a 3ª idade



Sectograma 13

Numa amostra de 50 inquiridos, 25 já participaram em atividades do município para a 3ª idade. Quanto à avaliação dos inquiridos, 22 avaliaram as atividades com a

categoria "Excelentes" e 3 com a categoria "Boas". Conclui-se existir total satisfação com a tipologia das atividades disponibilizadas à população idosa do concelho de Vila Nova de Famalicão.

Tipo de suporte social e avaliação

<i>Tipo de Suporte Social</i>	<i>Excelente</i>	<i>Bom</i>	<i>Razoável</i>	<i>Total</i>
Centro de dia	16	10	2	28
Apoio ao domicílio	1	2	—	3
Teleassistência	5	3	—	8
Centro de convívio	9	2	—	11
Total	31	17	2	50

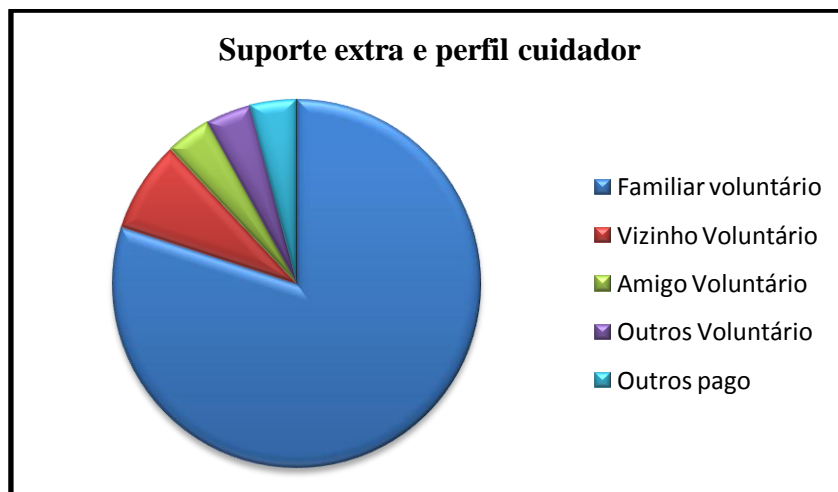
tabela 2

Os suportes sociais existentes são: centro de dia, apoio ao domicílio, teleassistência e centro de convívio, excluindo neste ponto, a distribuição por contexto geográfico. Assim, 28 inquiridos frequentam o Centro de Dia, 11 o Centro de Convívio, 8 usufruem do serviço de teleassistência e 3 do serviço de apoio ao domicílio.

Quanto à avaliação, as respostas obtidas distribuem-se em: 31 - "Excelente", 17 - "Bom", 2- Razoável. Conclui-se total satisfação dos inquiridos com os serviços prestados.

Suporte Extra e perfil do cuidador

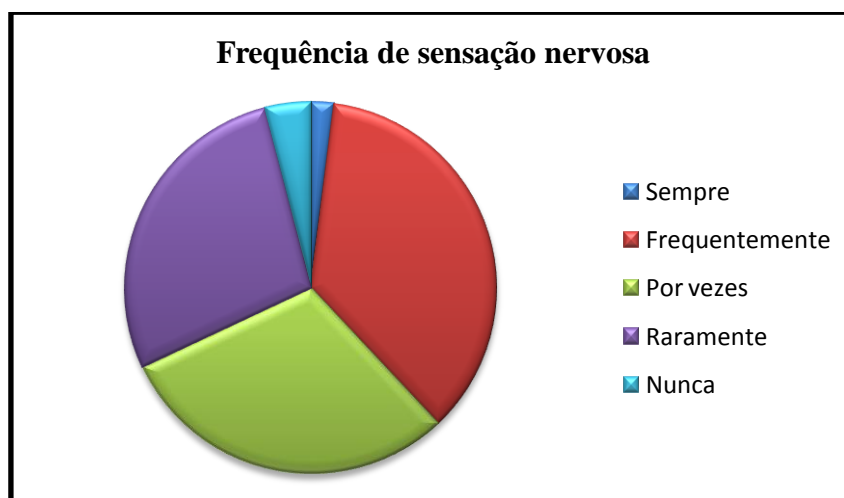
Além do suporte social a que acedem, 25 inquiridos informaram não usufruir de qualquer suporte extra, enquanto 25, usufruem de uma ajuda extra. Pretendeu-se identificar o cuidador, nesse sentido obtiveram-se 20 respostas na categoria "Familiar Voluntário", 2 respostas na categoria "Vizinho Voluntário" e uma resposta nas opções: "Amigo Voluntário", "Outros Voluntário" e "Outros pago".



Sectograma 14

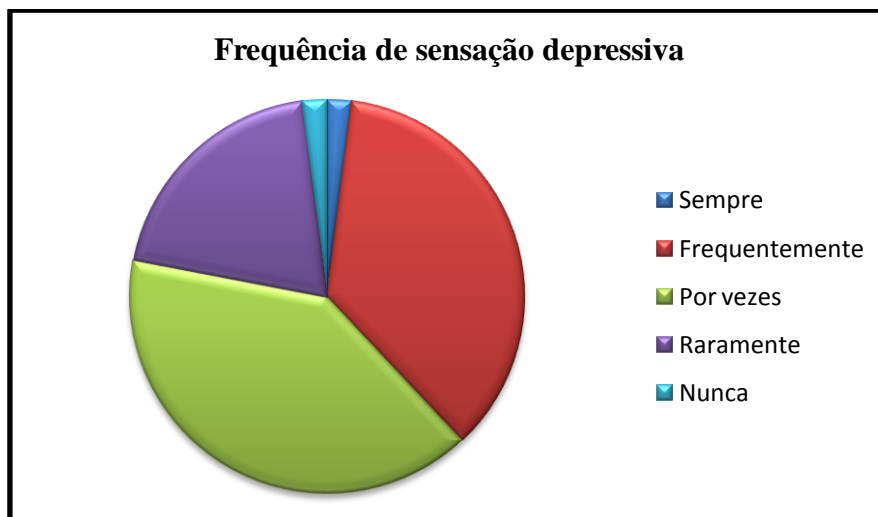
Questionados sobre se a junção entre o tipo de suporte social que usufruem e a ajuda extra, eram suficientes para o seu bem-estar geral, 48 inquiridos responderam "Sim" e 2 responderam "Não". Os inquiridos que responderam negativamente, identificaram a necessidade de possuírem "mais dinheiro para a gestão de encargos".

Saúde mental



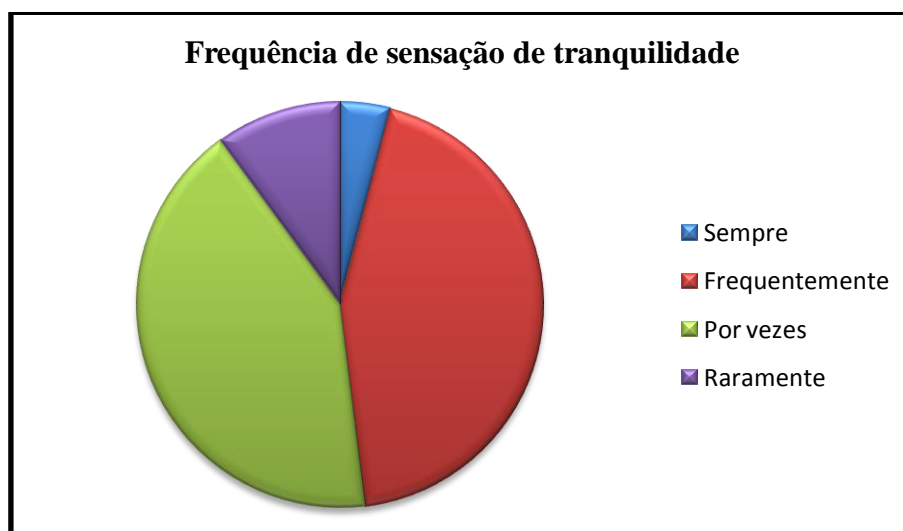
Sectograma 15

Em 50 inquiridos, 1 (2%) respondeu sentir-se "Sempre" nervoso, 18 (36%) "Frequentemente", 15 (30%) "Por vezes", 14 (28%) "Raramente" e 2 (4%) "Nunca".



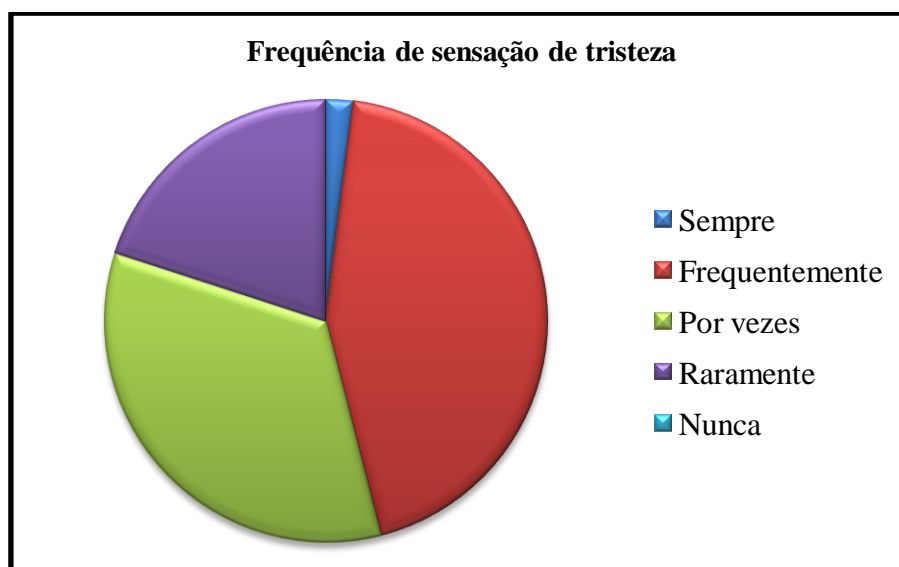
Sectograma 16

1 (2%) inquirido respondeu sentir-se "Sempre" depressivo, 18 (36%) responderam "Frequentemente", 20 (40%) sentem-se "Por vezes", 10 (20%) "Raramente" e 1 (2%) Nunca.



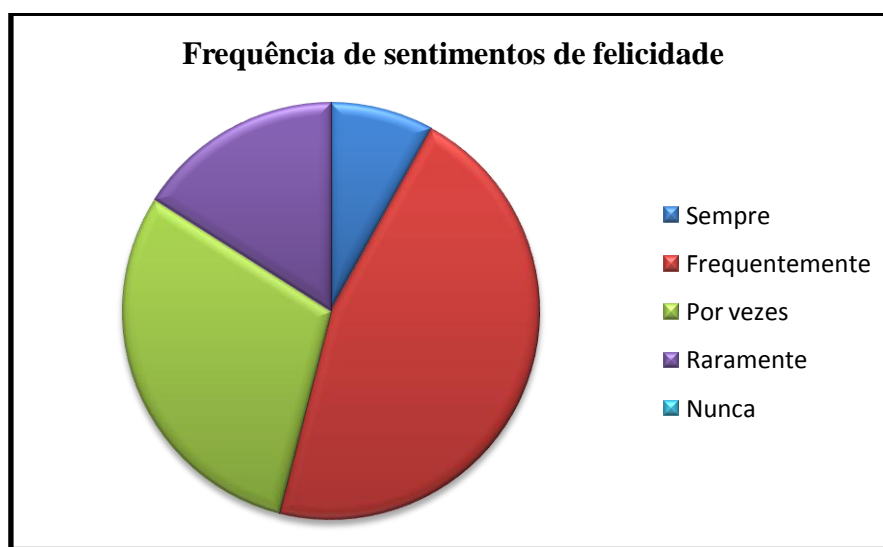
Sectograma 17

Em 50 inquiridos, 2 (4%) responderam sentirem-se "Sempre" tranquilos, 22 (44%), "Frequentemente", 21 (42%) "Por vezes" e 5 (10%) "Raramente".



Sectograma 18

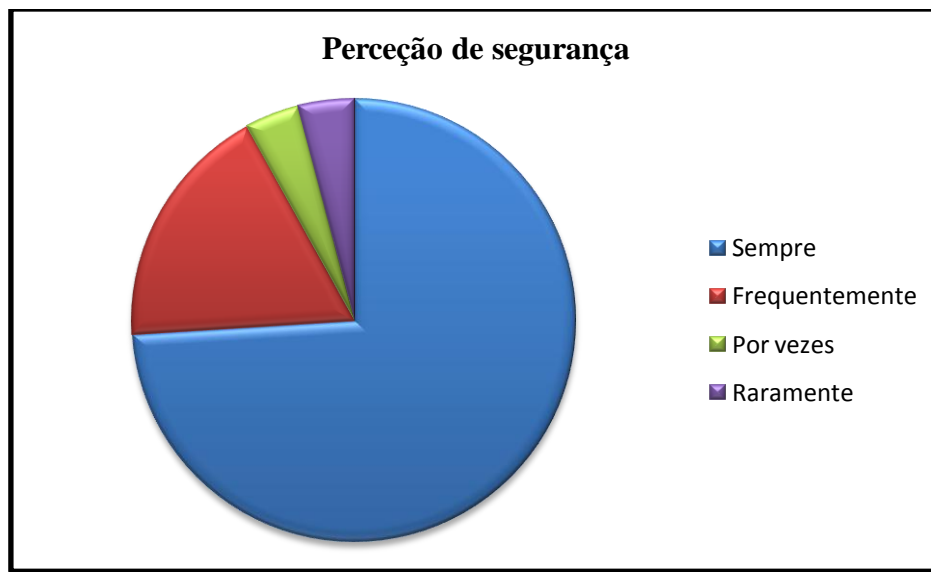
1 (2%) inquirido sente-se "Sempre" triste, 22 (44%) estão "Frequentemente" tristes, 17 (34%) Por vezes e 10 (20%) Raramente.



Sectograma 19

Na frequência de sensação de felicidade, 4 (8%) sentem-se "Sempre" felizes, 23 (46%) "Frequentemente", 15 (30%) "Por vezes", e 8 (16%) Raramente".

PERCEÇÃO DE SEGURANÇA



Sectograma 20

À questão sobre o sentimento de segurança e proteção na habitação, registaram-se os seguintes resultados: 37 consideraram estarem "Sempre" seguros, 9 "Frequentemente", 2 "Por vezes" e 2 "Raramente". Conclui-se que 92% dos inquiridos estão seguros na habitação e 8% se sentem inseguros.

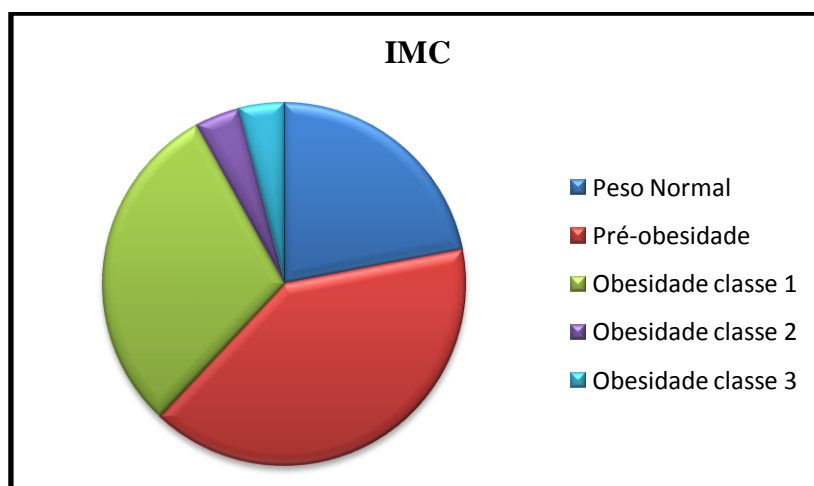
ATIVIDADE FÍSICA

Em média, os inquiridos permanecem diariamente, cerca de 9 horas sentados e aproximadamente 2 horas a andar.

IMC

O IMC - índice de massa corporal, é a medida usada para indicar o estado nutricional em adultos. É frequentemente utilizada para correlacionar os riscos de problemas de saúde com o peso do indivíduo.

Apresenta-se de seguida, a distribuição dos indivíduos por IMC e correspondente Estado nutricional.



Sectograma 21

Os dados informam que 20 inquiridos estão com IMC "inferior ao peso Normal" (- de 18.5) e 19 estão na classe "Peso Normal"(18.5 - 24.9). Na classe "Pré-obesidade" (25.0-29.9) registaram-se 7 inquiridos, na classe "Obesidade nível 1" (30.0 - 34.9) 2 inquiridos e por fim, na classe "Obesidade nível 2"(35.0 - 39.9) 2 inquiridos. Conclui-se que 31 inquiridos estão em classes de peso consideradas com risco de problemas de saúde, nomeadamente, o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão, cancro e diabetes.

PRESENÇA FAMILIAR, AMIZADES E VIZINHANÇA

	Sempre	Frequentemente	Por vezes	Raramente	Nunca	Total
Presença Familiar	22	16	4	7	1	50
Amizades	37	13				50
Vizinhança	21	14	12	2	1	50

Tabela 3

Quanto à frequência da presença familiar, 22 inquiridos responderam que a família está "Sempre" presente, 16 inquiridos consideraram que a família está "Frequentemente" presente", 7 responderam "Raramente", 4 "Por vezes" e 1 "Nunca".

Atendendo aos resultados obtidos, verifica-se ampla presença familiar em 38 inquiridos.

Questionados sobre a satisfação com as amizades, 37 inquiridos responderam, sentirem-se "Sempre" satisfeitos e 13, "Frequentemente" satisfeitos. Quanto à satisfação

com as relações de vizinhança, 21 inquiridos responderam estarem "Sempre" satisfeitos, 14 consideraram estarem "Frequentemente" satisfeitos, 12 "Por vezes", 2 "Raramente" e 1 "Nunca". 35 inquiridos, ou seja, 70% da amostra, estão amplamente satisfeitos com as relações de vizinhança.

ATIVIDADES DIÁRIAS, PARTICIPAÇÃO E ASSOCIATIVISMO



Sectorgramma 22

As principais atividades diárias desempenhadas pelos inquiridos, sem agrupar por contexto geográfico ou tipo de suporte social foram as seguintes: 12 inquiridos identificaram como principal atividade diária, "trabalhos manuais", 10 responderam "estar no centro de convívio", as atividades "estar com amigos" e "cuidar da horta" foram referidas em 5 ocasiões, "ver televisão" e "ler" foram as atividades desenvolvidas por 4 inquiridos, cada uma das atividades, "tarefas domésticas", "ginástica" e "passear no exterior" são rotineiramente realizadas por 2 inquiridos.

Desenvolvimento de atividades diárias e motivação

Neste domínio, o inquirido refletia sobre a possibilidade de desenvolver uma atividade diária, de trabalho, lazer ou outras e qual a motivação para a realização da mesma. 12 inquiridos responderam não terem necessidade de alterar ou desenvolver uma nova atividade diária. 15 gostariam de desenvolver uma atividade de "trabalho" e 14, uma atividade diária de "lazer", 7 responderam "Saúde", e 2 "Estar em família".

Os motivos das escolhas, distribuem-se pelas seguintes categorias: 26 indicaram a "satisfação com a atividade", 6 "tempo bem investido", 5 "falta de saúde e 1 "mobilidade reduzida".

4.6 Informação complementar - índices demográficos

População idosa residente e distribuição por faixas etárias

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2002) (1)	População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Anual (2)														
		Sexo														
		HM					H					M				
		Grupo etário														
		65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		
2013	Portugal	575 925	480 062	436 117	324 407	253 332	260 717	210 967	181 633	124 110	80 205	315 208	269 095	254 484	200 297	173 127
	Norte	188 736	150 510	137 627	99 885	75 535	85 703	66 087	57 094	38 121	23 687	103 033	84 423	80 533	61 764	51 848
	Ave	24 222	18 621	16 721	11 626	7 678	11 093	8 208	6 941	4 367	2 431	13 129	10 413	9 780	7 259	5 247
	Vila Nova de Famalicão	6 138	4 744	3 995	2 971	1 809	2 820	2 098	1 665	1 163	565	3 318	2 646	2 330	1 808	1 244
População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Anual - INE Estimativas Anuais da População Residente																

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

tabela 4

A tabela apresentada permite verificar as estimativas da População residente, sendo o período de referência dos dados, o ano 2013.

Delimitando a análise ao concelho de Vila Nova de Famalicão, regista-se o valor de 19 657 pessoas com idades compreendidas entre os 65 e 85 e mais anos.

A população mais idosa, dentro da população idosa, ou seja, os indivíduos com mais de 74 anos perfaz o valor de 8775 (44,7%) . Estes valores comprovam o acentuado envelhecimento da população idosa em geral, e da população mais idosa, em específico.

Índice de envelhecimento por local de residência: rácio entre número de idosos (população com 65 e mais anos) e o número de jovens (população com menos de 15 anos), por cada 100 indivíduos. Permite comparar o peso relativo de uma parte, em relação a outra, pertencendo ambas ao mesmo todo.

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal		
	Período de referência dos dados		
	2011		
	Sexo		
	HM	H	M
	N.º	N.º	N.º
Portugal	127,8	104,8	152,0
Norte	113,3	92,7	134,9
Ave	95,1	78,0	113,0
Vila Nova de Famalicão	85,3	69,8	101,7

Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

tabela 5

Segundo a tabela apresentada, o valor correspondente à escala nacional, significa que por cada 100 jovens há aproximadamente 128 idosos. Na região norte, por cada 100

jovens existem 113 idosos. No território do Vale do Ave a relação é de 100 jovens por 95 idosos e por último, à escala correspondente ao concelho de Vila Nova de Famalicão, a relação é de 100 jovens por 85 idosos.

Resumindo, à medida que se delimita a escala de análise, verifica-se uma descida expressiva no valor do índice de envelhecimento, ou seja, são áreas com populações menos envelhecidas.

Índice de dependência de idosos por local de residência: apresenta-nos a diferença entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade ativa (entre 15 e 64 anos)

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal	
	Período de referência dos dados	
	2011	
	N.º	
Portugal	28,8	
Norte	25,3	
Ave	21,2	
Vila Nova de Famalicão	19,7	

Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

tabela 6

No território do Vale do Ave, por cada 100 pessoas em idade ativa, registam-se 21 pertencentes à população idosa e à escala concelhia - Vila Nova de Famalicão, os valores identificam que por cada 100 pessoas em idade ativa, 20 incluem-se na população idosa (mais de 65 anos).

Verifica-se nova descida dos valores, à medida que se delimita a escala de análise e os valores apresentados traduzem o peso relativo dos idosos dependentes.

O valor registado no município de Vila Nova de Famalicão, deve-se igualmente ao facto de ser um território urbano e concentrar espaços de atividade económica.

Índice de longevidade: relação entre a população mais idosa (74 e mais anos) e a população idosa (65 e mais anos). Trata-se de um indicador adicional de medida de

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Índice de longevidade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal		
	Período de referência dos dados		
	2011		
	Sexo		
	HM	H	M
	%	%	%
Portugal	47,86	43,79	50,79
Norte	46,75	42,62	49,71
Ave	44,61	40,49	47,61
Vila Nova de Famalicão	44,10	40,05	47,05

Índice de longevidade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

tabela 7

À escala nacional, a proporção de população com 74 e mais anos no total da população idosa é de 47,86%. Significa que por cada 100 idosos, aproximadamente 48 têm mais de 74 anos.

O território do Vale do Ave e o concelho de Vila Nova de Famalicão, registam 44 indivíduos com mais de 75 anos por cada 100 indivíduos com 65 anos de idade.

Estes dados permitem comprovar o acentuado envelhecimento da população com mais de 74 anos, dentro do universo total da população idosa.

Índice de dependência total: relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, por cada 100 indivíduos

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Índice de dependência total (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal	
	Período de referência dos dados	
	2011	
	N.º	
Portugal		51,3
Norte		47,5
Ave		43,4
Vila Nova de Famalicão		42,7

Índice de dependência total (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

tabela 8

À escala nacional, por cada 100 pessoas em idade ativa, 51 são dependentes, ou seja, teoricamente não contribuem para a produção de riqueza.

A região Norte conta com aproximadamente 48 dependentes, o território do Vale do Ave, evidencia 43 dependentes e por último, à escala concelhia - Vila Nova de Famalicão, regista por cada 100 pessoas em idade ativa, cerca de 43 dependentes.

Em resumo, verifica-se uma descida do número de dependentes à medida que se delimita a escala de análise.

4.7 Análise dos resultados

Numa amostra de 50 inquiridos, 14(28%) pertencem à faixa etária 80-84 anos, 13 (26%) à faixa etária 70-74, 9 (18%) 85-e mais anos, 8 (16%) à 65-69 , 5 (10%) à 75-79 e 1 caso de 45 anos de idade; 35 mulheres e 15 homens;

Quanto à escolaridade, em 50 idosos, 29 possuem o ensino básico (1º ciclo), 9 não sabem ler nem escrever e 6, não completaram o ensino básico.

No domínio da saúde: *a autoperceção de saúde* com base em 66% da amostra, registou-se um resultado qualitativamente divergente e quantitativamente igual, "Razoável" - 17 respostas e "Frac" - 17 respostas.

Os resultados obtidos na *autoperceção de qualidade de vida* demonstram que os idosos estão razoavelmente satisfeitos com a sua qualidade de vida (38% das respostas),

enquanto as avaliações de qualidade de vida *Boa* e *Fraca* registam igualdade (26% das respostas em cada categoria).

No domínio Função Cognitiva - Orientação cronológica, 25 idosos (50%), responderam corretamente às 5 questões colocadas, 10 (20%) responderam corretamente a 4 questões, 8 responderam com precisão a 3 questões (16%). 4 idosos pronunciaram 2 respostas corretas, 2 não responderam a nenhuma das questões.

No exercício de cálculo (subtração sequencial) apenas 26% responderam corretamente aos cálculos sequencias, enquanto 34% desistiram de responder aos cálculos e 28% responderam acertadamente ao primeiro cálculo solicitado. Relativamente ao exercício de atenção e memória: 38% não pronunciaram qualquer palavra, 24% pronunciaram 2 e 20% lembraram 3 palavras.

Os idosos estão amplamente satisfeitos com a qualidade das respostas institucionais: centro de saúde - 32 respostas categoria "Boa" e 12 na categoria "Excelente"; unidade hospitalar - 30 respostas categoria "Boa" e 12 categoria "Excelente". Quanto às atividades do município para a terceira idade, em 25 idosos que anteriormente participaram 22 avaliaram as atividades com a categoria "Excelentes" e 3 com a categoria "Boas".

No que toca aos diversos tipos de serviços sociais (centro de dia, apoio ao domicílio, teleassistência e centro de convívio), 31 inquiridos fazem uma avaliação "Excelente", 17 "Boa" e 2 "Razoável". Conclui-se que 80% dos utentes estão amplamente satisfeitos.

No domínio da Saúde mental, os resultados evidenciam que os idosos experimentam estados de saúde mental divergentes com frequência e intensidade assinalável. 68% sentem-se "nervosos", 78% substancialmente "depressivos" e 90% frequentemente "tristes" contrariando, 80% que se sentem tranquilos com frequência e 84% que experimentam estados mentais de felicidade com assiduidade.

Quanto ao domínio da atividade física, em média os idosos permanecem diariamente e em média, 9 horas sentados e 2 a andar. Após o cálculo do IMC, 39 idosos estão distribuídos pelas classes de Peso Excessivo, estando 20 na classe "Pré-obesidade", 15 na classe "Obesidade classe 1", 2 na classe "Obesidade classe 2" e 2 na classe "Obesidade classe 3". Conclui-se que 39 inquiridos estão em classes de peso consideradas com risco de problemas de saúde, nomeadamente, o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão, cancros e diabetes.

Idade, Peso e Altura: Estas variáveis seguem uma distribuição normal, $p < 0.05$

Saúde Mental: Composto pelas variáveis: nervosismo, depressão, calma, tristeza e felicidade, verifica-se que não existe normalidade na distribuição dos resultados, $p > 0.05$

Dimensão do agregado familiar: não se verificou normalidade na distribuição, $p > 0.05$

Função Cognitiva: Variáveis orientação cronológica, atenção e memória, cálculo (subtração sequencial) e habilidade numérica: não se assume normalidade da distribuição.

IMC: a variável IMC não assume uma distribuição normal, $p > 0.05$

Autoperceção de saúde: Esperava-se que o indivíduo com pior autoperceção de saúde, frequentasse mais os serviços de saúde. Neste caso, atendendo à amostra, não se verifica uma associação significativa entre a frequência com que o inquirido vai ao Centro de Saúde e a perceção que faz da sua saúde, $p < 0.05$.

Função Cognitiva: Não se verificaram diferenças significativas entre a função cognitiva e a última profissão, mesmo distinguindo as profissões intelectuais das técnico-manuais, $p > 0.05$

Contexto geográfico: Também não se verifica diferenças assinaláveis entre o contexto geográfico dos idosos e a orientação cronológica, $p > 0.05$.

Estado de saúde mental: Não se verifica correlação significativa entre a subdomínio orientação cronológica (variáveis: dia do mês, mês, ano, estação do ano e cidade) e o estado de saúde mental (nervosismo, depressão, calma, tristeza e felicidade), $p > 0.05$

Participação: Não existe uma variação significativa entre o Estado de Saúde Mental dos inquiridos e a participação ou ausência nas atividades disponibilizadas pelo município de Vila Nova de Famalicão à 3ª idade, $p = 0.05$

Escolaridade e orientação cronológica: As variáveis em questão são independentes, $P > 0,05$

4.8 Considerações finais

As valências das instituições que colaboraram neste estudo incidem sobre domínios fundamentais para o bem-estar, saúde e qualidade de vida dos utentes. Esses domínios fundamentais são: suporte social (apesar de pressuporem uma mensalidade) redes sociais e atividades temáticas: ginástica e trabalhos manuais por exemplo.

Assim, aplicam dinâmicas preconizadas no modelo de envelhecimento ativo, especificamente o apoio social e suporte (centro de convívio e serviços do centro de dia) e atividades que estimulam a função cognitiva e o exercício físico (trabalhos manuais, leitura, ginástica, entre outros)

Os procedimentos estatísticos permitiram as seguintes conclusões: Não se verificaram associações entre a frequência do centro de saúde e a perceção de saúde; Ausência de associação significativa entre os resultados da função cognitiva e a última atividade profissional; verificou-se que o estado de saúde mental não influencia os resultados obtidos na orientação cronológica, logo, não existe associação entre as variáveis; Na literatura evidencia-se a relação positiva entre a participação/associativismo e Saúde e Qualidade de Vida, contudo, não há associação estatisticamente significativa entre a Participação em atividades para os séniores e o resultado médio do estado de Saúde Mental, dadas as características da amostra; Ao contrário do que é sustentado na literatura, não se verifica correlação estatisticamente significativa entre as variáveis Autoperceção de saúde e Presença familiar.

Os limites do estudo desenvolvido prendem-se com a não identificação das patologias crónicas nos idosos, a ausência do domínio da gestão económica dos idosos, nomeadamente os valores das reformas, como aspeto crucial para a gestão de encargos do quotidiano e como fonte de acesso a bens de consumo.

Por último, apesar da pertinência, não se avaliou o nível de autonomia dos idosos nas Atividades de Vida diária (tomar banho, vestir, usar o WC, mobilidade, continência e alimentação) e nas Atividades Instrumentais de Vida diária (uso do telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, gestão de medicação e gestão de responsabilidades e assuntos financeiros, permitindo avaliar o nível de autonomia), devido a limitações de tempo e prazos.

Bibliografia por ordem alfabética

(Livros / Artigos / Relatórios / Publicações oficiais / Teses)

BÖHME K., Doucet P., Komornicki T., Zauha J., Swatek D. 2011. *How to strengthen the territorial dimension of 'Europe 2020' and the EU Cohesion Policy 2011*. 15

BOWLING, Ann. 2008. *Enhancing later life: How older people perceive active ageing?* in *Aging & Mental Health*. Vol.12, No.3. 293-301. Routledge Francis & Taylor

COMMISSION of the European Communities. 2007. White Paper *Together for health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. 1,3,7

EUROPEAN Commission. 2010. *European year for active ageing*. Brussels. 2,4.

EUROPEAN Commission. 2011. *Territorial Agenda of the European Union 2020 - Towards an Inclusive, Smart and Sustainable Europe of Diverse Regions*. Hungary. 11

GIL, Ana Paula, 2007. *Envelhecimento Activo: Complementaridades e Contradições*. Fórum Sociológico. II Série, Nº17.25-36.

HILL, Manuela Magalhães e Hill, Andrew. 2008. *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE Dr. Ricardo Jorge / Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. 8, 60

KALACHE, Alexandre. 1999. *Active Ageing makes the difference*. Bulletin of the World Health Organization. Nº 77. 299

MARTÍNEZ, Luis Frutuoso e Ferreira, Aristides Isidoro. 2008. *Análise de dados em SPSS - Primeiros Passos*. Escolar Editora

MARTINS, Elisabete. 2012. *Qualidade de Vida em contexto de Acolhimento Familiar de Idosos*. 17-18

PARDAL, Luís e Lopes, Eugénia. 2011. *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores

PIMENTEL, Luísa. 2001. *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra, Quarteto.

REDITEIA.2012. *Envelhecimento ativo*. Revista de Política Social. Nº45. EAPN Portugal /Rede Europeia Anti-Pobreza. 17

RODRIGUES, Victor Terças. 2013. *Das barreiras etárias à reforma de Peter Pan*, Plataforma Barómetro Social - <http://barometro.com.pt/archives/1031>

TNS Opinion & Social. 2012, *Active Ageing Report*, Special Eurobarometer 378, 7-9

WALKER, Alan e Kalacke, Alex et all. 2010. Editorial *Active Aging: A Global Goal*. Current Gerontology and Geriatric. Hindawi Publishing Corporation. Vol. 2013, 2

WALKER, Alan, 2002. *A Strategy for active ageing*. II World Assembly on Ageing, International Social Security Review. Vol.55, Nº1.121-139

Webgrafia

Sítio oficial da ADRAVE - Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave S.A.
<http://www.adrave.pt/>

Sítio oficial da Agência Executiva para os Consumidores, Saúde e Alimentação
<http://ec.europa.eu/eahc/health/index.html>

Sítio oficial da Corporação Hindawi Publicações - Pesquisa Gerontológica e Geriátrica
<http://www.hindawi.com/journals/cggr/2013/298012/>

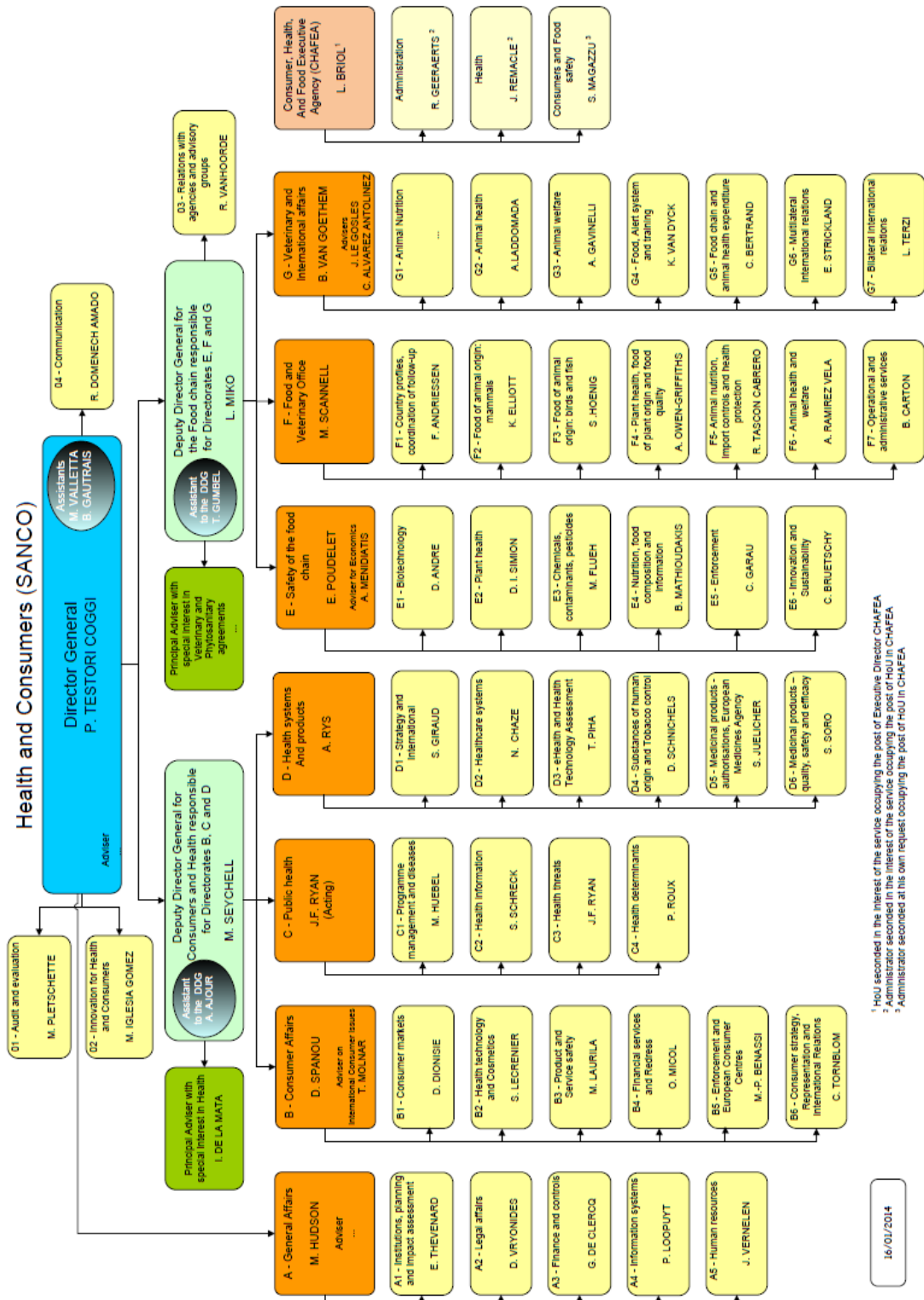
Sítio oficial da Direção Geral de Saúde e Consumidores
http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm

Sítio oficial do Programa de Cooperação Territorial - Interreg Sudoe
<http://interreg-sudoe.eu/PRT>

Sítio oficial da Universidade de Princeton:
http://www.princeton.edu/~achaney/tmve/wiki100k/docs/Cluster_sampling.html

Anexos

Organigrama da Agência executiva para os consumidores, saúde e alimentação



Questionário

Autoperceção de saúde dos idosos

Data de aplicação: __ / __ / __

O questionário que se apresenta serve para recolher dados para um estudo sobre saúde, inclusão e autoperceção da saúde.

É importante que responda com rigor, não há respostas certas ou erradas, apenas queremos a sua opinião pessoal e sincera.

Este questionário é confidencial, significa que no tratamento do mesmo não haverá análises individuais, estando o seu anonimato respeitado.

Além disso, os dados obtidos serão protegidos de acordo com o valor da privacidade.

1. Caracterização sociodemográfica

1.1. Data de nascimento: _____ (dd/mm/yyyy)

NS \bigcirc_{-2} NR \bigcirc_{-1}

1.2. Sexo

Feminino \bigcirc_1

Masculino \bigcirc_2

1.3. Qual é o seu estado civil?

Solteiro(a)

\bigcirc_1

Casado(a) / União de facto

\bigcirc_2

Divorciado(a) / Separado(a)

\bigcirc_3

Viúvo(a)

\bigcirc_4

NS \bigcirc_{-2} NR \bigcirc_{-1}

1.4. Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar?

_____ pessoa(s)

NS \bigcirc_{-2} NR \bigcirc_{-1}

1.5. Qual é o grau de parentesco:

Cônjuge

\bigcirc_1

Filho / filha

\bigcirc_2

Irmão / irmã

\bigcirc_3

Neto / neta

\bigcirc_4

Outra pessoa de família

\bigcirc_5

Outra pessoa

\bigcirc_6

NS \bigcirc_{-2} NR \bigcirc_{-1}

1.6. Idade:

_____ NS ☐₋₂ NR
☐₋₁

1.7. Sexo: Feminino ☐₁ Masculino ☐₂

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

1.9. Qual é o seu grau de escolaridade completo mais elevado?

Não sabe ler nem escrever ☐₁

Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau ☐₂

Não completou o ensino básico ☐₃

Ensino básico (1º ciclo) ☐₄

Ensino básico (2º ciclo) ☐₅

Ensino básico (3º ciclo) ☐₆

Ensino secundário ☐₇

Bacharelato ☐₈

Licenciatura ou mais ☐₉

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

1.10. Qual é a sua situação atual?

Reformado(a) ou com reforma antecipada ☐₁

Reformado por invalidez ☐₂

Rendimento Social de Inserção ☐₃

Complemento Social do Idoso ☐₄

Outro ☐₅

Qual _____

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

1.11. Qual foi a sua última atividade profissional? *(procurar uma designação precisa)*

Nunca teve uma profissão ☐ NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

2. Informações gerais de saúde

2.1. De uma maneira geral, como descreveria a sua saúde? Diria que é

Excelente ☐₁ Boa ☐₂ Razoável ☐₃ Fraca ☐₄ Muito Fraca ☐₅
NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

2.2. Como classifica a sua qualidade de vida? Diria que é

Excelente ☐₁ Boa ☐₂ Razoável ☐₃ Fraca ☐₄ Muito Fraca ☐₅
NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

3. Saúde

3.1 Função Cognitiva

Orientação cronológica – Assinalar as respostas certas.

- | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|---|
| 1 | Em que dia do mês estamos? | <input type="radio"/> ₁ | NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁ |
| 2 | Em que mês estamos? | <input type="radio"/> ₂ | NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁ |
| 3 | E em que ano estamos? | <input type="radio"/> ₃ | NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁ |
| 4 | Em que estação do ano estamos? | <input type="radio"/> ₄ | NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁ |
| 5 | Em que cidade estamos? | <input type="radio"/> ₅ | NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁ |

Memorização

3.2. Por favor, memorize as palavras seguintes: Limão, Chave, Bola, Papel, Criança, Mercado.

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

Atenção e cálculo

3.3. Agora vamos fazer algumas subtrações. (Se R adiciona 7, poderá repetir a pergunta).

	Resposta:	(indicar o valor respondido)
1 Cem menos 7 é igual a?	_____	NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁
2 E esse valor menos 7?	_____	NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁
3 E esse valor menos 7?	_____	NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁
4 E esse valor menos 7?	_____	NS <input type="radio"/> ₋₂ NR <input type="radio"/> ₋₁

3.4. Numa promoção, uma loja está a vender todos os artigos a metade do preço. Antes da promoção um sofá custava 300€. Quanto custa o sofá em promoção?

600€ ☐₁

1200€ ☐₂

150€ ☐₃

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

3.5. Memória - repita 3 das palavras pronunciadas atrás.

Limão ☐ Chave ☐ Bola ☐

Papel ☐ Criança ☐ Mercado ☐ Nenhuma ☐

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4. Serviços de saúde, apoio aos séniores e apoio ao domicílio/ centro de dia

Agora vou-lhe fazer algumas perguntas sobre os serviços de saúde, apoio aos séniores e apoio ao domicílio/ serviço de centro de dia.

4.1. Com que frequência vai ao médico e/ou enfermeiro do Centro de Saúde?

Mais de duas vezes por mês ☐₁

Duas vezes por mês ☐₂

Uma vez por mês ☐₃

Duas vezes por ano ☐₄

Uma vez por ano ☐₅

Nunca ☐₆

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4.2. Como avalia a qualidade técnica do Centro de Saúde da sua zona de residência?

Excelente ☐₁ Boa ☐₂ Razoável ☐₃ Fraca ☐₄ Muito Fraca ☐₅

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4.3. Como avalia a qualidade técnica do Hospital?

Excelente ☐₁ Boa ☐₂ Razoável ☐₃ Fraca ☐₄ Muito Fraca ☐₅

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4.4. Costuma participar nas atividades que os serviços municipais disponibilizam para a terceira idade?

Sim ☐₁ Não ☐₂ NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

Se não, avançar para a 4.6

4.4.1. Se sim, em quais?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Lazer e Desporto (ginástica, hidroginástica, hidroterapia, dança) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Universidade Sénior | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Reisadas | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Carnaval Sénior | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Caminhada Sénior | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Piquenique Sénior | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Passeio Convívio Sénior | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Desfile de Pais-Natal Séniores | <input type="checkbox"/> |

4.5. Como avalia globalmente essas atividades?

Excelentes ☐₁ Boas ☐₂ Razoáveis ☐₃ Fracas ☐₄ Muito Fracas ☐₅

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4.6. É beneficiário(a) do serviço de Apoio ao Domicílio/ Centro de dia/ serviço de teleassistência?

Sim ☐₁ Não ☐₂ NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4.7. Se sim, qual a sua avaliação relativamente ao serviço de Apoio ao Domicílio?

Excelente ☐₁ Bom ☐₂ Razoável ☐₃ Fraco ☐₄ Muito fraco ☐₅
NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4.8. Além do serviço de Apoio ao Domicílio usufrui de mais algum suporte ou ajuda?

Sim ☐₁ Não ☐₂ NS ☐₋₂ NR ☐₋₁ *Se não, avançar para a 4.9*

4.8.1. Se sim, quem é o cuidador?

		Voluntário	Pago
1	Familiar	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
2	Amigo	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
3	Vizinho	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
4	Outros	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂

Qual? _____
NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

4.8.2. Que tipo de atividade apoia?

4.9. Considera que as ajudas existentes são suficientes?

Sim ☐₁ Não ☐₂ NS ☐₋₂ NR ☐₋₁ *Se sim, avançar para a 5.*

4.9.1. Se não, do que sente mais falta?

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

5. Saúde mental

Para responder às perguntas que se seguem, pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida no último mês.

5.1. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a)?

Sempre ☐ ₁

Frequentemente ☐ ₂

Por vezes ☐ ₃

Raramente ☐ ₄

Nunca ☐ ₅

NS ☐ ₋₂ NR ☐ ₋₁

5.2. No último mês com que frequência se sentiu tão deprimido(a) que nada o(a) animava?

Sempre ☐ ₁

Frequentemente ☐ ₂

Por vezes ☐ ₃

Raramente ☐ ₄

Nunca ☐ ₅

NS ☐ ₋₂ NR ☐ ₋₁

5.3. No último mês com que frequência se sentiu calmo(a) e tranquilo(a)?

Sempre ☐ ₁

Frequentemente ☐ ₂

Por vezes ☐ ₃

Raramente ☐ ₄

Nunca ☐ ₅ NS ☐ ₋₂ NR ☐ ₋₁

NS ☐ ₋₂ NR ☐ ₋₁

5.4. No último mês com que frequência se sentiu triste e desanimado(a)?

- Sempre ☐₁
- Frequentemente ☐₂
- Por vezes ☐₃
- Raramente ☐₄
- Nunca ☐₅

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

5.5. No último mês, com que frequência se sentiu feliz?

- Sempre ☐₁
- Frequentemente ☐₂
- Por vezes ☐₃
- NS ☐₋₂ NR ☐₋₁ Raramente ☐₄
6. Perceção de Nunca ☐₅ segurança

6.1. Na sua habitação, diria que está protegido e seguro?

- Sempre ☐₁ Frequentemente ☐₂ Por vezes ☐₃ Raramente ☐₄ Nunca ☐₅
- NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

6.2. Na sua habitação, acha que se sentiria mais seguro(a) ao usar uma pulseira com botão de alarme, para casos de emergência/necessidade de ajuda? (Instala-se um aparelho comunicador na habitação do idoso, ligado a uma central de atendimento. O aparelho tem pré-programados vários números de telefone e, em situação de emergência (acionamento) é enviada uma mensagem aos cuidadores.)

- Sim ☐₁ Não ☐₂ NS ☐₋₂ NR ☐₋₁
- NS ☐₋₂ NR

7. Atividades instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton)

AIVD	Itens	Cotação	Respostas
CUIDAR DA CASA	Cuida da casa sem ajuda	1	
	Faz tudo, exceto o trabalho pesado	2	
	Só executa tarefas leves	3	
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5	
LAVAR A ROUPA	Lava a roupa	1	
	Só lava peças pequenas	2	
	É incapaz de lavar a roupa	3	
PREPARAR AS REFEIÇÕES	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	2	
	Prepara pratos pré-cozinhados	3	
	Incapaz de preparar refeições	4	
FAZER COMPRAS	Faz as compras sem ajuda	1	
	Só faz pequenas compras	2	
	Faz as compras acompanhado	3	
	É incapaz de ir às compras	4	
USAR O TELEFONE	Usa-o sem dificuldade	1	
	Só telefona para lugares familiares	2	
	Necessita de ajuda para o usar	3	
	Incapaz de usar o telefone	4	
UTILIZAR TRANSPORTES	Viaja em transporte público ou conduz	1	
	Só anda de táxi	2	
	Necessita de acompanhamento	3	
	Incapaz de usar transportes	4	
GERIR DINHEIRO	Paga as contas, vai ao banco, etc	1	
	Só usa pequenas quantidades de dinheiro	2	
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3	
RESPONSABILIDADE PELOS MEDICAMENTOS	Responsável pela sua medicação	1	
	Necessita que lhe preparem a medicação	2	
	Incapaz de responsabilizar-se pela medicação	3	

Tabela elaborada com base na informação exposta no livro "Cuidar de Idosos com dependência física e mental"

8. Atividade física

As perguntas seguintes referem-se ao tempo investido diariamente, sentado(a) e a andar.

8.1. Diariamente, quanto tempo despende sentado(a), em média?

Nº de horas/ minutos: _____

NS ○₋₂ NR ○₋₁

8.2. Diariamente, quanto tempo despende a andar, em média?

Nº de horas/ minutos: _____

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

8.3. Quais as três principais atividades que realiza diariamente (ouvir música, ver televisão, ler, estar com amigos/familiares, fazer jardinagem)?

1 _____

2 _____

3 _____

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

9. Relações familiares, sociais e associativismo

Relações familiares

9.1. Considera que a sua família está presente na sua vida diária?(família de origem)

Sempre ☐₁ Frequentemente ☐₂ Por vezes ☐₃ Raramente ☐₄ Nunca ☐₅

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

Relações sociais

9.2. As suas amizades são positivas para si?

Sempre ☐₁ Frequentemente ☐₂ Por vezes ☐₃ Raramente ☐₄ Nunca ☐₅

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

9.3. Considera que as suas relações de vizinhança são agradáveis?

Sempre ☐₁ Frequentemente ☐₂ Por vezes ☐₃ Raramente ☐₄ Nunca ☐₅

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

Associativismo

9.4. Participa em associações recreativas, culturais, voluntariado ou outras iniciativas sociais?

Sim ☐₁ Não ☐₂ NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

9.4.1. Se sim, em qual(ais)? _____

9.4.2. Com que frequência? _____

9.4.3. Porque motivos? _____

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

10. Desenvolvimento de atividades diárias

10.1 Se tivesse os recursos necessários e pudesse desenvolver uma atividade diária de lazer, desporto, trabalho, qual seria?

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

10.2. Quais os motivos dessa escolha?

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

12. Dados físicos

Quanto pesa? _____ (kg)

Qual a sua altura? _____ (cm)

NS ☐₋₂ NR ☐₋₁

Administração do questionário

O questionário foi administrado face a face, sendo as respostas dos inquiridos redigidas e assinaladas com caneta, no questionário em suporte de papel.

Cronologia da recolha de dados

Data	Instituição	Suporte Social	Amostra
------	-------------	----------------	---------

Inclusão pela saúde no Vale do Ave e projeto e-RESATER

3 a 16/04/2014	Engenho IPSS	Centro de dia; Teleassistência; Apoio ao domicílio;	16 8 3
13/05/2014	Associação moradores das Lameiras	Centro de dia	12
16/05/2014	Centro de convívio do Município	Centro de convívio	11